

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**“A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para a
compreensão da Educação em Saúde no Brasil ”.**

por

Maria Cecília Pinto Diniz

Belo Horizonte
Dezembro/ 2007

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**“A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para a
compreensão da Educação em Saúde no Brasil ”.**

por

Maria Cecília Pinto Diniz

**Tese apresentada com vistas à obtenção
do Título de Doutor em Ciências na área
de concentração Saúde Coletiva.**

Orientação: Virgínia Torres Schall

**Co-orientação: Betânia Gonçalves
Figueiredo**

Belo Horizonte

Dezembro/ 2007

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

D585t
2007

Diniz, Maria Cecília Pinto.

A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para a compreensão da Educação em Saúde no Brasil / Maria Cecília Pinto Diniz . – Belo Horizonte, 2007.

xxiii, 184 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 172 – 177

Anexos: 178 - 184

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Educação em Saúde/história 2. Pessoas Famosas 3.
4. Prática Profissional/tendências 5. Brasil I. Título. II.
Schall, Virgínia Torres (Orientação). III. Figueiredo,
Betânia Gonçalves (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 372.37

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

**“A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para a
compreensão da Educação em Saúde no Brasil ”.**

por

Maria Cecília Pinto Diniz

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Virgínia Torres Schall (Presidente)

Prof. Dr. Bernardo Jefferson de Oliveira

Prof. Dr. Paulo Gadelha

Profa. Dra. Regina Helena de Freitas Campos

Profa. Dra. Rita de Cássia Marques

Suplente: Profa. Dra. Celina Maria Modena

Tese defendida e aprovada em: 17 / 12 / 2007

Esta tese é dedicada a Carlos e Laura – que somente por viverem, me tornam profundamente feliz – e a Eunice e Mariana, que com carinho e compreensão fazem minha vida muito mais alegre e colorida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho deve muito a algumas pessoas e instituições, por diferentes razões, e eu gostaria de agradecer especialmente:

A minha orientadora, Profa. Dra. Virgínia Torres Schall, por compartilhar comigo minha trajetória desde o fim da graduação, sendo uma interlocutora disposta a oferecer estímulos e, principalmente, a percorrer novos caminhos, ouvir com interesse e ânimo todas as questões, dúvidas e problemas que surgiam durante o processo de reflexão. Por ser paciente e generosa e pela coragem de ousar trabalhar com novas idéias e conceitos, correndo os riscos inerentes a esta atitude. Por sua amizade, principalmente pela compreensão silenciosa dos momentos difíceis, mas felizes pelos quais passei, permitindo que meu tempo interno fluísse, respeitosamente. Pela alegria de trabalharmos juntas.

À Profa. Dra. Betânia Gonçalves Figueiredo, que me ofereceu, durante o exame de qualificação, muitas sugestões e críticas fundamentais à reelaboração e aprumo da abordagem que eu vinha fazendo de meu tema. Por seu aceite em participar como co-orientadora desta pesquisa e por sua leitura caprichosa e estímulo ao meu trabalho.

Ao Prof. Dr. João Carlos Pinto Dias, pelas excelentes sugestões oferecidas durante o exame de qualificação, mesmo se algumas delas não pude (ou soube) aproveitar devidamente. Também por colaborar com seu relato neste estudo.

À Angelina Garcia, pelas muitas informações e por sua colaboração, enviando-me dados e fontes de informação sobre Hortênsia de Hollanda no mesmo instante em que soube de meu interesse por ela. Ao Célio Garcia, Edite Mata Machado, Mônica Meyer, Cornelis Johannes van Stralen, Nelson Vaz, Helena Salgado, Evany Gualberto, Jorge Valadares, Lenita Vasconcelos e Bernadete Lobato, por me receberem e compartilharem informações importantes, que tornaram-se a maior inspiração deste trabalho e, à generosidade de todos, o maior exemplo para minha atuação profissional.

À Tatiana Carolina de Paula, minha primeira orientanda, a valiosa colaboração no estudo exploratório do “Saúde, como Compreensão de Vida”. Foram boas também as trocas de informações sobre enjôos, roupas de bebês, tipos de parto, já que com diferença de meses, passamos pela experiência de uma gravidez.

Aos professores que atenciosamente nos receberam e colaboraram com a análise do “Saúde, como Compreensão de Vida”.

À Profa. Dra. Celina Maria Modena, pelas conversas, leituras e por tantas sugestões fundamentais para o rumo da tese. Pela sua enorme gentileza, acabou se tornando o porto seguro em muitos momentos.

Ao período passado no Centro de Pesquisas René Rachou, no Laboratório de Educação em Saúde, que além de muito profícuo para o meu desenvolvimento profissional, foi rico em bons momentos e para a construção de novas e grandes amizades. Aos meus amigos Sérgio Willian Viana Peixoto, Bernadete Patrícia dos Santos, Vanda da Conceição B. Oliveira, Cristiano Lara Massara, Simone Silva, Patrícia Maria Torres Marchetti, Amanda Amorim, Héilton da Silva Barros, Érica da Silva Miranda, Martin Johannes Enck, Maria José Nogueira, Denise Nacif Pimenta, Lucas Rodrigues Alves, Samuel Moizés Barcelos, Suzana Maria Drumond Costa, Aline de Fátima Sodré, gostaria de agradecer pelos momentos de boas conversas que acabam colaborando para tornar o trabalho mais leve.

Aos vários alunos do Programa de Vocação Científica, que com a pouca idade e muito entusiasmo me contagiam. À Gisele Brandão Machado de Oliveira, Paulo de Oliveira e Delba Teixeira Rodrigues Barros, pelas reflexões e inúmeros aprendizados.

Ao Segemar Oliveira Magalhães, da biblioteca e ao João Baptista Estáble Neto, do multimeios, que juntamente com Cristiane Pinheiro Gomes e Andréa Dias da Silva, secretárias da pós-graduação, mostraram-se sempre prestativos e solidários.

À minha família, por todo apoio, carinho e amor, especialmente por suportar pacientemente uma tia, madrinha, amiga, irmã, filha, esposa e mãe distante da vida familiar. No entanto, é ela mesma a razão disto tudo, e é a ela que ofereço a minha festa interior.

E, por fim, mas com certeza na origem de tudo, um agradecimento especial para minha mãe e minha irmã Mariana, pelo constante incentivo, por sempre me estimularem e acreditarem no meu trabalho. À mamãe, em especial, agradeço os inúmeros momentos em que colaborou para tornar meu cotidiano mais simples, permitindo minha maior dedicação ao trabalho.

À minha querida filha Laura, e meu parceiro e amante Carlos, amores todos que me estimulam a lidar com os desafios e a aprender com a vida, desfrutar sonhos e realidades.

A Deus, que me deu força e saúde.

A todos agradeço, profundamente, e dedico o resultado do trabalho.

Maria Cecília Pinto Diniz Freitas

Belo Horizonte, dezembro de 2007.

À Capes, agradeço pela concessão da bolsa de pesquisa que permitiu a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE SIGLAS	XIII
LISTA DE NOTAÇÕES	XIV
RESUMO	XVI
ABSTRACT	XVII
APRESENTAÇÃO	XVIII
INTRODUÇÃO	1
1 Educação em saúde: breve histórico e conceito	2
2 Quem é Hortênsia de Hollanda	8
3 A escolha da abordagem metodológica do estudo	10
I OS CAMINHOS DA PESQUISA	16
I.1 Coleta de documentos	17
I.2 Pesquisa de evidências orais	17
I.3 Estudo exploratório do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”	20
I.4 Questões éticas envolvidas na pesquisa	22
II A “COMPREENSÃO” DA VIDA PROFISSIONAL DE HORTÊNSIA DE HOLLANDA	23
II.1 A educadora Hortênsia de Hollanda: recompondo sua trajetória profissional	23
II.2 Três momentos na trajetória de Hortênsia de Hollanda	33
II.2.1 O ingresso de Hortênsia de Hollanda no DNERU	33
II.2.2 A pesquisa de Varjão e Mandacarú	40
II.2.2.1 Versão preliminar de artigo para publicação no periódico Memórias do Instituto Oswaldo Cruz: The History of the Control of Schistosomiasis in the Brazilian Northeast – The Importance of Hortênsia de Hollanda in health education approach.	54
II.2.3 A pesquisa de Capim Branco	68
III A PRODUÇÃO DE MATERIAIS POR HORTÊNSIA DE HOLLANDA	76
III.1 Um manuscrito inédito da educadora brasileira Hortênsia de Hollanda: a “arte” da educação em saúde para a prevenção e controle das endemias no Brasil	79
III.2 “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento” – O Guia de saúde na Amazônia	111
III.3 Versão preliminar de artigo para publicação no periódico Ensaio: “Saúde, como Compreensão de Vida” – Avaliação para Inovação na Educação em Saúde para o Ensino Fundamental	124
IV HORTÊNSIA DE HOLLANDA: PARTILHANDO SABERES E MULTIPLICANDO CAMINHOS	155
IV.1 A mulher e educadora no espaço público da metade do século XX	155
IV.2 Ciência, comunidade e coragem: memórias de um grupo de profissionais da educação em saúde no Brasil	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172
ANEXOS	
1 Quadro dos documentos recolhidos de Hortênsia de Hollanda	178
2 Cessão de Direitos sobre Depoimento Oral	180
3 Questionário de avaliação por especialistas do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”	181
4 Parecer nº06/2006 – CEPESH – CPqRR	183
5 Carta convite para participação da avaliação por especialistas do livro “Saúde como compreensão de vida”	184

LISTA DE FIGURAS

1- Imagem de Hortênsia de Hollanda capturada do documentário “Alfabetizando o corpo: O pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde (Schall, 1998).	1
2- Imagem de Hortênsia de Hollanda capturada do documentário “Alfabetizando o corpo: O pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde (Schall, 1998). Mostra o encarte do livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (1977).	15
3- Fotografia de Horácio Hurlpia de Hollanda	24
4- Fotografia de Hortênsia de Hollanda (circulada) em reunião na OMS, Genebra, 1969 (data provável).	29
5a- Digitalização do documento “Relação do Pessoal de Educação Sanitária no DNERu”.	37
5b- Digitalização do documento “Relação do Pessoal de Educação Sanitária no DNERu”.	38
5c- Digitalização do documento “Relação do Pessoal de Educação Sanitária no DNERu”.	39
6a- Digitalização do documento “Inquérito em Mandacarú – Ano 1960”	43
6b- Digitalização do documento “Inquérito em Mandacarú – Ano 1960”	44
7- Fotografia “Aspectos do bairro de Mandacarú”, 1956 (data provável)	44
8- Fotografia à esquerda “Fossa construída em cooperação com o serviço e orientada pelos membros da Equipe de Varjão, 20 de outubro de 1956	45
9- Fotografia à direita “Campanha de melhoria da habitação, João Pessoa, 1959”	45
10- Fotografia “Campanha de Cacimbas. João Pessoa, Paraíba”, 1959 (data provável)	45
11- Fotografia “Aula de corte e costura. Grupo de senhoras Mandacarú. João Pessoa, Paraíba”, 1956 (data provável)	46
12- Fotografia “Aspectos de uma reunião da Equipe Familiar de Mandacarú. João Pessoa, Paraíba”, 1960 (data provável)	46
13- Fotografia “Equipe Familiar de Mandacaru – Festa com antigos participantes do clube, 1967”	48
14- Fotografia à esquerda “Equipe Familiar de Mandacarú. Inauguração da Escola. 1967. João Pessoa, Paraíba”	49
15- Fotografia à direita “Equipe Familiar de Mandacarú. Inauguração da Escola. 1967. João Pessoa, Paraíba”	49
16- Fotografia “Equipe Familiar de Mandacarú. Inauguração da Escola. 1967. João Pessoa, Paraíba”.	49
17a- Digitalização do documento “Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru”, publicado no Diário Oficial de João Pessoa, em 20 de março de 1960	50

17b- Digitalização do documento “Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru”, publicado no Diário Oficial de João Pessoa, em 20 de março de 1960	51
17c- Digitalização do documento “Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru”, publicado no Diário Oficial de João Pessoa, em 20 de março de 1960	52
18- Fotografia “Em João Pessoa, Paraíba, o ministro Mário Pinotti com Educadora Lenita Peixoto Vasconcelos e educadoras da Campanha de Erradicação da Malária, em 1960”	53
19- Digitalização de um esquema sobre a AAD em relação ao tema saúde	72
20- Capa digitalizada do livro “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento”, 1972	112
21- Índice digitalizado do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972	113
22- Digitalização da figura 2 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.	114
23- Digitalização da figura 3 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.	115
24- Digitalização das figuras 4 e 5 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972 – Anofelino e culex (à esquerda). Larva (à direita)	116
25- Digitalização da figura 13 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972 - Os parasitos	118
FIG. 26 – Digitalização da figura 21 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.	119
27- Digitalização da figura 27 do livro “Guia para saúde na Amazônia”, 1972 – As defesas do corpo	120
28- Digitalização da figura 31 do livro “Guia para saúde na Amazônia”, 1972 – A cadeia alimentar	122
29- Digitalização da figura 36 do livro “Guia para saúde na Amazônia”, 1972 – Condições favoráveis ao desenvolvimento de indivíduos.	123
30- Foto dae Hortênsia de Hollanda durante o XVII Congresso Brasileiro de Higiene, Salvador, dezembro de 1968.	166

LISTA DE SIGLAS

AAD	Análise Automática do Discurso
ABIFARMA	Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
CBPF	Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas
CECIMIG	Curso de Especialização em Ensino de Ciências
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COC	Casa de Oswaldo Cruz
CPqRR	Centro de Pesquisa René Rachou
DN	Departamento Nacional
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNES	Divisão Nacional de Educação Sanitária
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOS	Divisão de Organização Sanitária
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INERu	Instituto Nacional de Endemias Rurais
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LABES	Laboratório de Educação em Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCN	Parâmetro Curricular Nacional
PCN's	Parâmetros Curriculares Nacionais
PREMEN	Programa de Melhoria e Expansão do Ensino
PROVOC	Programa de Vocação Científica
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESAC	Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
SESC	Serviço Social do Comércio
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPC	South Pacific Commission – Comissão do Pacífico Sul
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
USAID	Usaid States Agency for Internatinal Development
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE NOTAÇÕES

A- Angelina Garcia, educadora em saúde aposentada pelo DNERu e SUCAM, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 11.06.2005, especialmente para esta tese. Ela foi amiga de Hortênsia, participando de vários trabalhos desde o DNERu. Chamada por muitos de o braço forte de Hortênsia.

B- Bernadete Lobato, educadora em saúde aposentada do Serviço Social do Comércio (SESC), concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 22.05.2007, especialmente para esta tese Ela foi amiga de Hortênsia, participando de vários trabalhos, desde a Campanha de Erradicação da Malária, na década de 1950.

C- Edite Novais da Mata Machado, pesquisadora da Fundação João Pinheiro, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 07.07.2005, especialmente para esta tese. Ela foi amiga de Hortênsia, iniciando sua vida profissional com Hortênsia de Hollanda, no projeto Capim Branco, no ano de 1974, mas continuando na elaboração do “Saúde, como Compreensão de Vida”, em 1976-77.

D- João Carlos Pinto Dias, pesquisador do Instituto René Rachou/ Fiocruz, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 19.06.2006, especialmente para esta tese. Ele foi amigo de Hortênsia, participando principalmente no projeto Capim Branco (1974-75) e na elaboração e escrita do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, nos anos de 1976-77.

E- Jorge Valadares, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 08.10.2005, especialmente para esta tese. Ele foi amigo de Hortênsia, participando de vários trabalhos, desde que a conheceu, em 1965.

F- Lenita Vasconcelos, pesquisadora aposentada da ESNP/Fiocruz, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 22.05.2007, especialmente para esta tese. Nascida em João Pessoa, participou com Hortênsia de vários trabalhos, tais como a pesquisa realizada com populações das áreas endêmicas de esquistossomose e doença de Chagas, no nordeste do Brasil (Varjão e Mandacarú, bairros do interior de

João Pessoa, Paraíba), nos anos de 1955-57 e posteriormente no final da década de 1960.

G- Cornelis Johanes van Stralen, pesquisador e professor do curso de graduação e pós-graduação em Psicologia da UFMG, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 14.07.2005, especialmente para esta tese. Ele participou dos estudos sobre concepções de saúde e doença, realizados em Capim Branco, nos anos de 1974-75.

H- Mônica Meyer, pesquisadora e professora do curso de graduação e pós-graduação em Educação da UFMG, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 04.07.2005, especialmente para esta tese. Participou dos trabalhos de elaboração do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, nos anos de 1976-77.

I- Evany Gualberto, educadora sanitária aposentada do Ministério da Saúde, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 25.05.2006, especialmente para esta tese. Participou, enquanto diretora da Divisão Nacional de Educação Sanitária (1970-72) da elaboração do “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.

J- Célio Garcia, psicanalista, foi professor da UFMG (1965-1993), liderando o Setor de Psicologia Social. Concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz em 08.07.2005, especialmente para esta tese. Conheceu Hortênsia na década de 1950, quando foi trabalhar no DNERu e com ela participou de vários estudos, tais como o de Capim Branco, nos anos de 1974-75.

RESUMO

A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DE HORTÊNSIA DE HOLLANDA: RESGATE HISTÓRICO PARA COMPREENSÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

O trabalho que se segue tem dois propósitos centrais: o de promover uma análise biográfica da vida profissional de Hortênsia Hurlia de Hollanda e dar visibilidade ao seu papel de vanguarda na educação em saúde no Brasil; e o de refletir sobre algumas questões mais amplas que perpassam a sua trajetória profissional, enriquecendo a compreensão da área. A trajetória metodológica trilhada para este estudo incluiu a coleta de documentos, pesquisa de evidências orais e estudo exploratório do livro organizado por Hollanda, intitulado “Saúde, como Compreensão de Vida”. A trajetória profissional da educadora é apresentada, recompondo as principais informações sobre o processo de sua formação profissional, cargos ocupados e atividades. Três momentos de destaque na vida profissional de Hollanda são focalizados: o ingresso no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu); a pesquisa realizada com populações das áreas endêmicas de esquistossomose e doença de Chagas, no nordeste do Brasil (Varjão e Mandacarú, bairros do interior de João Pessoa, Paraíba) e a pesquisa de Capim Branco, MG. Três principais materiais da educadora foram analisados: (1) um manuscrito que é a transcrição de uma aula proferida no Curso de Atualização de Conhecimentos sobre Endemias Rurais, na Faculdade Fluminense de Medicina, datado de 1956; (2) o “Saúde: Meio ambiente e Comportamento – Guia para a Saúde na Amazônia”, escrito em parceria com Evany Gualberto, que aborda alguns problemas de saúde mais comuns da região Amazônica nas décadas de 1960 e 1970 – época em que provavelmente foi produzido; (3) o “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977), coordenado por Hollanda, com a participação de diversos profissionais da área da saúde e educação. Descreve-se ainda a importância da formação e atividade de um grupo de profissionais da Saúde Pública no Brasil, que liderados por Hortênsia de Hollanda, foram capazes de estabelecer uma verdadeira revolução na educação popular, resgatando valores, realizando pesquisas e desenvolvendo trabalhos comunitários.

ABSTRACT

THE PROFESSIONAL LIFE OF HORTÊNSIA DE HOLLANDA: HISTORICAL RECOVERY TO UNDERSTAND HEALTH EDUCATION IN BRAZIL

The present study involves two main proposals. One is to produce a biographical analysis of the professional life of Hortênsia Hurpia de Hollanda, giving visibility to her leading role in Health Education in Brazil. And, to reflect on some broader issues that marked her professional trajectory and helped to enrich the study of Health Education. The methodological approach included the collection of documents, the search of oral evidence and an exploratory study of the book “Health as a Comprehension of Life”. Hollanda’s professional life was reconstructed, providing the main information on her training, positions occupied by her and carried out activities. This work focused on three highlights of Hollanda’s professional life: her entry into the Brazilian National Department of Rural Endemics (DNERu); her research with populations of endemic areas for Schistosomiasis and Chagas Disease in two urban districts of the Northeast region of Brazil known as Varjão and Mandacarú, in João Pessoa, capital of Paraíba State; and another research in Capim Branco City in Minas Gerais State. This work analyzed three of her main written works: (1) a 1956 manuscript which is a transcript of a lecture given by Hollanda in an Actualization Course on Rural Endemics, pronounced at a medical school of Rio de Janeiro; (2) a book called “Health: Environment and Behavior, Guidelines for Health in the Amazon”, co-authored by Evany Gualberto, describing health problems in the Amazon Area during 1960 and 1970 – presumably the period the material was produced; and (3) the book “Health as a Comprehension of Life” (MS/DNES – MEC/PREMEM, 1977), a work coordinated by Hollanda with the participation of various health and education professionals. This work also shows the importance of a group of public health professionals in Brazil lead by Hortênsia de Hollanda. They were capable of establishing a real revolution in popular education, bringing back old values and carrying out research and community health works.

APRESENTAÇÃO

“A certa altura da vida, vai ficando possível dar balanço no passado sem cair em auto complacência, pois o nosso testemunho se torna registro da experiência de muitos, de todos que, pertencendo ao que se denomina uma geração, julgam-se a princípio diferentes uns dos outros e vão, aos poucos, ficando tão iguais, que acabam desaparecendo como indivíduos para se dissolverem nas características gerais de sua época. Então registrar o passado não é falar de si; é falar dos que participaram de uma certa ordem de interesses e de visão do mundo, no momento particular do tempo que se deseja evocar”.

Antônio Cândido

A tese que ora apresento reflete, como não poderia deixar de ser, minha trajetória profissional, com suas diversas vivências, experiências, indagações e preocupações.

Como a grande maioria dos que ingressam no Curso de Pedagogia, meu objetivo de vida naquela época de estudante de graduação era reinventar a escola para que ela cumprisse sua parcela de responsabilidade na organização da sociedade e da natureza.

Como ser humano sempre fui movida pelo desejo de crescer, de aprender, e como educadora, também de ensinar, aprendendo.

Instrumental importante na vida do ensinar do educador é o ver (observação), o escutar e o falar. Assim como, para estar vivo, não basta coração batendo, para ver não basta estar de olhos abertos. Observar, olhar o outro e a si próprio, significa estar atento, buscando o significado do desejo, acompanhar o ritmo do outro buscando a sintonia com este. Para escutar, não basta, também, só ter ouvidos. Escutar envolve receber o ponto de vista do outro, abrir-se para o entendimento, para a compreensão. Para falar, não basta ter boca, é necessário ter desejo de comunicar.

E me formando, achava que estava pronta, já tinha tudo e já sabia tudo, agora era partir para a vida. Logo, fui selecionada para uma bolsa de aperfeiçoamento científico no Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR), unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sediada em Belo Horizonte, Minas Gerais, onde estava sendo implementado o “Programa de Vocação Científica” (PROVOC) (SCHALL, 1998). Comecei nova fase de aprendizado. Este programa tem por objetivo possibilitar a alunos de nível médio a vivência dos ambientes de pesquisa e o trabalho de pesquisadores, proporcionando-lhes a experiência de aprender ciência fazendo ciência. Aquela era a minha oportunidade; conhecer e experienciar uma forma de educação inovadora, comprovar as evidências sobre os benefícios de uma

formação científica iniciada durante a juventude. Durante a orientação da primeira turma do programa, realizamos estudos com o objetivo de conhecer as noções dos jovens sobre “o que é ser Cientista” e o modo como percebiam a ciência (DINIZ & SCHALL, 2004). Outras turmas iniciaram e terminaram seus estágios. Percebi logo que participar da orientação desses jovens é muito gratificante: ver o desenvolvimento da criatividade e o gosto pela investigação, as particularidades e peculiaridades de cada um, a configuração das personalidades, as circunstâncias sociais, a influência da escola e da família.

Com esta oportunidade, no CPqRR, comecei a conviver com pesquisadores e estudantes da área da saúde: eram biólogos, médicos, epidemiologistas e outros, que desenvolviam estudos e pesquisas sobre diversas endemias que apresentam expressiva prevalência no Brasil. Pouco conhecia sobre aquelas doenças e as pesquisas específicas, mas pude traçar uma visão panorâmica da situação de carência de informações na área da saúde e de programas integrados, onde a educação em saúde, no Brasil, tem espaço.

Lembrava o que havia lido de Forquim (1993) em suas reflexões sobre a escola e a cultura, e sobre a forma de tornar efetivamente transmissível a cultura para os jovens mostrando que “a ciência do sábio, assim como a obra do escritor e do artista, ou o pensamento do teórico não são diretamente comunicáveis ao aluno: é necessária a intercessão de dispositivos mediadores, a longa paciência de aprendizagens metódicas, a elaboração de todos os elementos de saberes ‘intermediários’(...)”.

O mesmo parecia acontecer com a comunidade científica e a população. Existe um fosso entre um e outro, um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro, apesar dos avanços da medicina no terreno científico, os problemas de saúde de grandes parcelas da população brasileira continuam presentes e ameaçadores. A socialização dos conhecimentos sobre questões de saúde são indispensáveis para materializar o direito social à saúde e a uma vida digna.

A partir de 1998, participei de pesquisas no CPqRR, seja com educação e divulgação científica para jovens, assim como colaboração em estudos de educação em saúde relativos a diversas endemias brasileiras. Estive envolvida na coleta e manutenção de diversos tipos de materiais (manuais, cartilhas, folhetos, cartazes, vídeos e etc) que passamos a manter num banco de dados no Laboratório de Educação em Saúde (LABES).

Um dos problemas mais amplamente estudado no CPqRR é a esquistossomose, incluindo abordagens múltiplas, desde investigação de vacinas até aspectos sociais e humanos. Desta forma, tornei-me motivada para participar desta iniciativa de busca de melhor controle, decidindo colaborar naquilo que a minha formação mais se aplica.

Particpei de estudos, tais como: Análise de materiais educativos utilizados na prevenção e controle da esquistossomose e outras helmintoses (DINIZ & SCHALL, 2000; SCHALL & DINIZ, 2001). A análise realizada permitiu verificar que a maioria dos materiais prioriza uma forma de atividade pedagógica que assemelha-se mais às estratégias de marketing e propaganda, característicos de campanhas emergenciais de saúde pública, reproduzindo-se ao longo dos anos como cópias uns dos outros. Particpei também de um projeto na região nordeste do Brasil, realizando investigações dos conhecimentos prévios das populações da região sobre doenças transmitidas pela água, identificando possíveis diferenças regionais, crenças e comportamentos de risco, assim como práticas alternativas de saúde, que resultou na criação de uma série de cartilhas educativas (SCHALL, 2002)

Estas atividades despertaram o meu interesse por investigar melhor o perfil das pessoas portadoras de doenças parasitárias, especificamente a esquistossomose, sobretudo a população infanto-juvenil, exposta constantemente à transmissão e propensas a maior carga parasitária, em um cenário de carências sociais, ausência de serviços básicos de saneamento, de áreas de lazer adequadas e associadas a um enfoque tradicional da educação em saúde que não estimula o desenvolvimento de comportamentos de proteção e ações coletivas de responsabilidade social. Sob tal perspectiva comportamentos de risco para a transmissão são mantidos, resultando em reinfecções freqüentes.

Fruto das reflexões e indagações acumuladas até então, o ingresso no Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais, deu-se com o projeto inicial de investigar uma área endêmica de esquistossomose, identificando as ações, conhecimentos e envolvimento da população com este problema de saúde. Minha pretensão era participar no desenvolvimento de um programa mais apropriado de controle multidisciplinar, realizado em conjunto, por profissionais diversos e que pudesse ser exemplo para outros municípios. A intenção era ouvir a população: pais, professores e comunidade em geral, para desenvolver uma proposta de trabalho nas escolas, incluindo professores, alunos e suas famílias.

Iniciei as disciplinas do mestrado e repensei minha proposta de pesquisa. Esta ocasião ofereceu-me a possibilidade de sedimentar inúmeros conceitos ligados a área da ciência da educação, assim como conhecer e aprofundar-me na doença parasitária que propunha no meu estudo, não só através de um intensivo e frutífero trabalho de análise bibliográfica, mas sobretudo da convivência cada vez mais constante com pesquisadores da área.

Ao final de um ano, girei o prisma pelo qual abordaria a questão inicial da pesquisa: ao invés de centrar-me na população geral para produzir uma proposta para os escolares, o enfoque passou a ser colocado neste último, sendo o desafio conhecer as representações sociais dos mesmos sobre a saúde, doença e esquistossomose (DINIZ, 2003). Conhecer para propor alternativas, estratégias e materiais educativos nos quais a esquistossomose fosse um tema gerador, para falar da vida, da relação com o ambiente físico, sobretudo a água, o ambiente social, as condições de vida. Esse estudo resultou na dissertação de mestrado e em uma publicação no periódico Ensaio (DINIZ, BRAGA E SCHALL, 2004), ampliando o desejo de prosseguir e aprofundar. A certeza dessas convicções me levou a participar do processo de seleção ao doutorado pelo Curso de Pós-graduação em Ciências, no próprio CPqRR. Através da linha de pesquisa em Saúde Coletiva e já inserida no LABES, minha proposta era construir, de modo compartilhado, com localidades endêmicas para esquistossomose, programas e materiais educativos para prevenção da doença e promoção da saúde.

Defendi o mestrado, matriculei no doutorado, iniciando as disciplinas, mas os quatro primeiros meses do curso foram de muita angústia, pois tudo o que imaginava como proposta era ao mesmo tempo por mim questionado, sempre com uma justificativa.

Estava terminando as disciplinas obrigatórias, quando assisti uma aula do módulo Educação em Saúde, no qual Dra. Virgínia Schall, minha orientadora, apresentava um documentário intitulado “Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde” (SCHALL, 1998). Conhecia Hortênsia sem ter sido apresentada formalmente. Desde que comecei no CPqRR escutava casos e experiências da educadora, relatados com grande entusiasmo por Schall, que também me mostrou um exemplar bastante gasto do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”. Lembro de ler com entusiasmo, compondo a imagem de Hortênsia como uma pessoa realmente comprometida com a educação, mas guardando como mais um dos meus aprendizados. Foi no momento em que assistia

ao vídeo que descobri que o material que gostaria de produzir já havia sido concebido e com uma profundidade e riqueza de detalhes que não havia considerado.

Refiz minha proposta de pesquisa, embora escutando de alguns avaliadores que meu estudo era amplo demais. Tinha como objetivo principal mapear a evolução histórica da educação em saúde no Brasil, das décadas finais do século XIX até os dias atuais, localizando os estudos de Hortênsia de Hollanda. Faria um estudo da vida profissional de Hollanda, resgatando aspectos e contribuições à saúde pública em nosso país, chegando à avaliação e possível reedição atualizada do livro publicado sob sua coordenação (“Saúde, como Compreensão de Vida”, MS/DNES-MEC/PREMEM, 1977).

Passei mais um semestre buscando e lendo informações veiculadas na literatura, incluindo artigos científicos e monografias da área de saúde pública e medicina. Meu objetivo era discutir as possíveis mudanças ocorridas com relação às práticas, técnicas e conhecimentos relacionados à educação em saúde no Brasil, além dos principais fatos sociais e de saúde ocorridos no país. A literatura apontava dois momentos distintos: o primeiro em que as ações de educação em saúde eram iniciativas das elites políticas e econômicas, com missão civilizadora e moralizante, atreladas a interesses desenvolvimentistas. O outro caracterizado pela ruptura com a tradição higienista e engajamento significativo de diversos profissionais e estímulo à participação de grupos populares. Este último, embora transformador, requeria melhor definição de papéis e orientação norteadora. Essa revisão resultou na produção de um artigo, cuja elaboração foi em si um processo de amadurecimento e discussão do tema até seu envio para publicação.

Várias metas previstas para serem alcançadas no projeto estavam diretamente relacionadas ao manual que intencionávamos avaliar, o que nos conduziu a escolher estudantes da área de Ciências Humanas e Ciências Biológicas para atuarem conosco ao longo da pesquisa. Nesse período (2005), numa parceria com o curso de Especialização em Ensino de Ciências (CECIMIG/UFMG) tornou-se possível orientar uma bióloga (Tatiana Carolina de Oliveira, de agosto/2003 a dezembro de 2005), interessada em trabalhar com desenvolvimento e avaliação de materiais educativos. Desenvolvemos então o estudo exploratório de avaliação por especialistas do livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (OLIVEIRA, 2005).

Por ocasião do exame de qualificação, que incluiu a revisão bibliográfica, metodologia e o primeiro artigo, aguardava contribuições, consciente da amplitude

do estudo pretendido. Colocamos como perspectivas a continuidade da coleta dos depoimentos orais realizados com alguns dos colaboradores mineiros, a avaliação do livro por especialistas e a proposição de um protótipo atualizado do livro. Todas as considerações apresentadas ao trabalho nos levaram a certeza de que o caminho a percorrer seria o contexto da prática de Hortênsia de Hollanda. Nesta ocasião convidamos a Dra. Betânia Figueiredo para a co-orientação desta pesquisa, certas de que receberíamos uma contribuição decisiva para o aprofundamento das questões tratadas, considerando a sua formação na área de História e a decisão do uso da metodologia de história oral definida na qualificação.

Voltamos à coleta dos relatos orais, momento prazeroso e que acontecia sempre com muito entusiasmo tanto de nossa parte, ávidos por informações, como dos nossos depoentes, que sempre lembravam um período da própria trajetória de vida. Comecei também a escrever artigos partindo dos documentos e informações recolhidas.

Agora chegou o momento de compartilhar essas minhas vivências. É quando um trabalho de pesquisa deve ser divulgado, tornado visível. Embora necessário, esse instante é também angustiante visto que a pesquisa é sempre incompleta, aberta, rica de possibilidades, mesmo quando se exige dela um ponto final. Talvez fosse melhor que se pudesse finalizá-la com reticências. Na hora de concluir, releio documentos e procedo a revisão de anotações. Nas notas, encontro, além das referências de pesquisa, uma história que não foi contada na tese: a memória deste trabalho. Indícios de minhas próprias leituras, informações colhidas em arquivos e bibliotecas e - senão o mais recorrente, certamente o mais prazeroso - as sugestões dadas por todos aqueles que contribuíram de alguma forma, para a realização deste trabalho. Difícil foi colocar um ponto final nesse trabalho. Na verdade significou não apenas um momento gramatical, mas um "é hora de acabar" e um recomeçar de aprofundamento nas entrelinhas do tempo. Um início de novas investigações para um maior entendimento do hoje com suas perguntas sem respostas completas. Por trás do alívio do término paira a sensação de outro começo.



Figura 1 – Imagem de Hortênsia de Holanda capturada do documentário “Alfabetizando o corpo: O pioneirismo de Hortênsia de Holanda na educação em saúde (Schall, 1998).

INTRODUÇÃO

“Não é saudável meter-se a profeta de sonhos exagerados. Não é possível identificar-se com todas as situações socialmente desafiadoras. Nem é preciso. Para fazer algum bem neste mundo e sentir-se parceiro da construção de um mundo mais solidário e melhor, basta alentar, com fruição profunda, sonhos modestos que ao menos algumas pessoas possam compartilhar conosco”.

Hugo Assmann

Esta tese tem dois propósitos centrais: o primeiro é o de promover uma análise biográfica da vida profissional de Hortênsia Hurpia de Hollanda e dar visibilidade ao seu papel de vanguarda na educação em saúde no Brasil. E o segundo é o de refletir sobre algumas questões mais amplas que perpassam a sua trajetória profissional, enriquecendo a compreensão da educação em saúde.

Ao longo do tempo e em diferentes áreas profissionais, numa mesma época, a expressão resultante da combinação do termo educação com saúde é distinta e caracteriza um conceito polissêmico. A cada época, sofre influências de caráter político, pedagógico, científico, integrando significados e metodologias diversas. Faz-se então necessário, antes de iniciar este estudo, estabelecer o que consideramos por educação em saúde.

1 Educação em saúde: breve histórico e conceito

Usualmente, a educação é associada à escola e à aprendizagem, enquanto que a saúde é ligada aos serviços ou cuidados relativos ao corpo e à mente. Ou seja, do ponto de vista do senso comum, educação e saúde têm aparecido como termos isolados e não como uma relação. De acordo com Vasconcelos (1998), Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica, o pensar e o fazer cotidiano da população. É visto, hoje, como parte fundamental das práticas destinadas à promoção da saúde. Trata-se de uma área de interface, onde estão presentes e dialogam saberes dos campos de conhecimento das ciências sociais e das ciências da saúde (STOTZ, 1989).

Historicamente, a área de educação em saúde começa a ser sistematicamente desenvolvida no Brasil a partir do final do século XIX e início do século XX, em

virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, que nos grandes centros urbanos acarretavam transtornos para a economia agroexportadora. Eram práticas que caracterizavam-se pelo autoritarismo, imposição de normas e medidas de saneamento e urbanização, com respaldo da cientificidade (SMEKE e OLIVEIRA, 2001). Orientadas por um discurso biologicista, reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, ao propagar que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância das normas de higiene e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade. A então chamada Educação Sanitária fundamentava-se em práticas e discursos coercitivos e normativos (SMEKE e OLIVEIRA, 2001; GIORDAN, 2000), que acabou por cristalizar a idéia de que a Educação em Saúde “tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde”, sem ser capaz de construir a integralidade e nem de atuar de forma ampla na promoção da saúde (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Na década de 1950, motivada por estudos realizados pela Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) que permitiram a inserção dos profissionais de saúde neste processo (OLIVEIRA, 1996), emerge o discurso preventivista, dando sinais de avanço no conhecimento em saúde. Os aspectos econômicos e sociais começavam a ser vistos como intervenientes no processo saúde-doença, mas o enfoque biológico/individual em combater a doença ainda era marcante.

Em 1956, com a criação do Departamento de Endemias Rurais (DNERu), que agregou os antigos serviços voltados contra a malária, peste e febre amarela e adotou um modelo administrativo dinâmico e prático, espelhado no serviço desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), vê-se que os discursos de Educação em Saúde passam a enfatizar, além da participação do indivíduo, a da comunidade como uma política pública. Tal participação está em sintonia com as exigências de modernização que visavam tirar o homem rural do atraso cultural e integrá-lo no processo de desenvolvimento (SCHALL, MASSARA e DINIZ, 2008). É desde período, como mostraremos no decorrer desta tese, o início da contribuição profissional de Hortênsia de Hollanda.

A Educação em Saúde, por ter sido basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, ainda estava subordinada aos interesses das classes dominantes, que visavam a imposição de normas e comportamentos à população,

considerando-os adequados (VASCONCELLOS, 1998). A estratégia era produzir uma população saudável e bem educada, já que isso representava a riqueza do país. Nota-se, ainda hoje, a repercussão dessa abordagem no modelo assistencial de saúde, que privilegia ações curativas e centra-se no atendimento médico.

Segundo Smeke & Oliveira (2001), durante o regime militar, o campo da Educação em Saúde correspondeu ao controle sobre os sujeitos, sendo que este mesmo despertou resistência e insatisfação na população, que ao longo da década de 1970, se organizaram em movimentos sociais reunindo intelectuais e populares.

Encontrando respaldo internacional na Conferência de Alma-Ata, em 1978, vários países, sob a liderança da OMS, foram orientados a se preocuparem com a reorganização de seus serviços de saúde, privilegiando-se a atenção primária para toda a população. “Saúde para todos”, programa de ação proposto pela reunião de Alma-Ata, associava a visão de saúde como direito social, vinculando às condições de vida e colocando-a no patamar da multicausalidade. Passaram então a conferir ao biologismo uma menor responsabilidade no processo saúde/doença (OLIVEIRA, 1996).

Neste contexto, os profissionais de saúde revisaram suas práticas promovendo a interlocução com as teorias das ciências humanas em busca de um novo projeto de saúde. Vasconcelos (1998) mostra que junto aos movimentos sociais emergentes começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nas quais os profissionais da saúde aprenderam a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social de cada local.

Como decorrência, a década de 1980 foi marcada por inúmeras críticas à saúde, à educação. Em relação à Educação em Saúde, as contribuições propostas pelos mais diversos profissionais buscavam o aumento do grau de consciência social das classes populares. A Educação em Saúde procurava ser uma assessoria técnica às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos (SCHALL, MASSARA e DINIZ, 2008).

A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde. É também neste contexto que surge a preocupação com o

desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, com a constituição de sujeitos sociais capazes de reivindicar seus interesses (SMEKE & OLIVEIRA, 2001).

É chegada a década de 1990 e nela o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Resolução nº 41 de 03/03/1993, reafirmou que “deve ser a Educação para a Saúde considerada estratégia imprescindível para a promoção da saúde, prevenção das doenças e para a consolidação do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal”. Esta resolução do CNS, referendada pelo Ministério da Saúde, no Documento Final da Proposta de Reforma Administrativa (Grupo Executivo para a Reforma Administrativa 1993), considerava a Educação em Saúde como um dos “espaços de intervenção estratégica para a política de saúde”. Considerada como “área que perpassa toda a estrutura organizacional dos serviços, articulando-se com a informação, a comunicação e a epidemiologia, corroborando-se em estratégia básica para a consolidação do Sistema”. A norma Operacional Básica (NOB 01/96) para o Sistema Único de Saúde aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite em 04/07/96 dizia: “Ações de comunicação e de educação compõem, também, obrigatória e permanentemente, os campos de atenção à saúde, distinguindo-se por sua interpenetrabilidade no conjunto das atividades de assistência, intervenções ambientais e políticas extra-setoriais” (SUS 1996).

Essa mobilização em torno da consolidação do SUS, a necessidade de difusão de idéias e de princípios como a descentralização e a participação da comunidade, do direito à saúde e à informação, exigia o aporte de metodologias próprias de Educação em Saúde. Tais metodologias devem ser capazes de viabilizar a concretização destas necessidades e a sensibilização para o compromisso com novas práticas de participação e controle social.

Como parte desse processo e em função dos novos desafios, representantes de organizações nacionais e internacionais, organizações não governamentais, instituições de formação e de prestação de serviços na área da Educação em Saúde, ressaltavam, em diversas oportunidades, a urgência de redirecionar a formação de recursos humanos.

A Educação em Saúde, considerando-se os princípios que inspiram a proposta do Sistema único de Saúde, é entendida como poderosa estratégia no campo da atenção à saúde e de capacitação da população para uma efetiva participação e controle social em favor da elevação da sua qualidade de vida.

Candeias (1997) propõe a educação em saúde como sendo “quaisquer combinações de experiências de aprendizagens delineadas com vistas a facilitar

ações voluntárias conducentes à saúde”. A autora, na palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. Com a palavra delineada distingue o processo de educação em saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistemática planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

Schall e Strunchiner (1999) ao apresentar o primeiro número temático dedicado unicamente ao tema em mais de dez anos de existência do Cadernos de Saúde Pública sustentam que:

“a educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade”.

Morh (2002, apud Manderscheid, 1994) especifica o que seria este campo tão vasto conferindo conteúdo, objetivos e valores:

“a educação para a saúde é o conjunto elaborado e coerente das intervenções sobre o sujeito e sobre o grupo que devem ajudar o sujeito a querer, poder e saber escolher e adotar, de maneira responsável, livre e esclarecida, atitudes e comportamentos próprios que favoreçam sua saúde e aquela do grupo”.

Faz-se então importante diferenciar o conceito de Educação em Saúde de outros como saúde escolar ou saúde do escolar. A Educação em Saúde tem sua ênfase colocada no processo educacional, enquanto que as outras duas expressões referem-se a práticas médicas dirigidas para uma população em idade escolar. A diferenciação aqui traçada não subentende que a ação de um pediatra, ou de um ortopedista não possa ter um caráter educativo, diz respeito à intenção primeira: um ato educacional ou um ato médico.

Outra distinção que é preciso abordar ao se delimitar a Educação em Saúde é a do conceito de Promoção da Saúde. Candeias (1997) argumenta que a diferenciação principal se dá no nível a ser atingido pelas ações planejadas: individual ou organizacional, respectivamente. Assim, a promoção da saúde tem um

escopo mais amplo, no qual a educação em saúde é um dos componentes, juntamente com ações de políticas institucionais, legislação em saúde, informação, comunicação, dentre outras.

A partir das idéias expostas até aqui, atribuímos o emprego da expressão Educação em Saúde como sendo uma educação ampliada, que inclui políticas públicas, ambientes apropriados, diálogo e troca de saberes, reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida.

Vê-se assim, que a Educação em Saúde não é recente. Pode ter sido, e certamente o foi, influenciada por propostas anteriores, racionalizadoras e de caráter político, bem como pela expansão do conceito de saúde que, uma vez considerado “bem estar” adquiriu foros de assunto a ser debatido também nas áreas das ciências sociais. As concepções, tanto de saúde como de educação são reflexos de diferentes compreensões de homem e do mundo, mas a evolução histórica da educação em saúde no Brasil tem sido escrita sem que sejam discutidas as contribuições daqueles que se dedicaram à construção dessa área. Vários são os autores que analisam momentos ou períodos da educação em saúde no País.

Podemos destacar o trabalho de Ornelas (1981) sobre a institucionalização da prática educativa nos serviços de saúde de 1889-1960; o de Labra (1985) sobre o movimento sanitarista nos anos 20; o de Lima & Zancam (1991) que estudaram o discurso da educação em saúde (1940-1980) como uma contribuição para a história das políticas públicas de saúde no Brasil; o de Melo (1987) em que promoveu uma visão crítica, ainda que breve, sobre as diversas terminologias e significados sob pontos da educação em saúde.

Sentimos falta de estudos que recuperem a história de vida e os trabalhos realizados por educadores em saúde que promoveram avanços, até hoje, por poucos alcançados. É preciso mostrar estudos como o de Rocha (2005), que tem como ponto de partida o processo de institucionalização da educação sanitária em São Paulo, retrazendo a trajetória de Maria Antonieta de Castro, profissional cuja atuação se confunde com a implementação de um novo modelo de intervenção em saúde pública, instituído pela Reforma Paula Souza em 1925.

A análise das inter-relações entre o conhecimento e as sociedades, as produções, a circulação de idéias e conceitos, a recepção das ciências surge como

foco de interesse para todos os que se dedicam à história da ciência. A busca de um diálogo pluralista e multicultural – do qual possa emergir uma análise densa e dinâmica da ciência como uma prática social e historicamente constituída – possibilita-nos um conhecimento mais amplo das especificidades do fazer científico em diferentes espaços e temporalidades.

É diante disso que propomos o estudo da vida e obra de Hortênsia de Hollanda, resgatando seus vários aspectos e suas contribuições à saúde pública em nosso País. Nossa hipótese é de que Hollanda conseguiu criar espaço para práticas transformadoras que levavam em consideração aspectos culturais, ambientais e sociais, propondo uma prática educativa muito mais democrática, crítica e inserida no contexto da cidadania.

2 Quem é Hortênsia de Hollanda

Na entrevista intitulada “Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde”, Schall (1999) apresenta quem é e o que fez Hortênsia Hurlia de Hollanda. Ela nasceu em Corumbá, Mato Grosso do Sul, no ano de 1917. Concluiu o curso de Língua e Literatura Anglo-Germânica na Faculdade de Filosofia do Rio de Janeiro em 1941 e Nutrição pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, em 1949. Realizou sua especialização na Universidade do Chile, em Saúde Pública e Educação em Saúde e o mestrado na Universidade da Califórnia em Public Health and Education. Durante seu trajeto profissional, período compreendido de 1942 a 1987, exerceu vários cargos e atividades docentes no Brasil, cobrindo 45 anos de intenso trabalho.

Iniciou sua vida profissional em um período em que o Brasil experimentava um impulso para expansão e mudanças, influenciada pelas atitudes do pai médico, que mostrava um comportamento profissional solidário, humano e respeitoso para com o sofrimento da população. No final da década de 1940 atuava como assistente técnica da Divisão de Educação Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Ministério da Saúde. Dedicou-se a várias atividades no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), tais como incentivadora da formação de equipes multiprofissionais (epidemiologia, psico-social e saúde) para assessoramento de trabalhos de pesquisa, planejamento, formação e reciclagem de agentes de saúde, com o objetivo de inovar e reformular concepções e ações de controle das endemias rurais no Brasil.

Em suas primeiras visitas às áreas endêmicas de esquistossomose no nordeste, Hollanda conheceu a abordagem de tratamento e estudo sobre esta doença que vinha sendo realizado por Samuel Pessoa (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP), com o apoio do DNERu. Atendendo a sugestão deste professor, pessoa inesquecível segundo Hollanda, iniciou nas localidades de Mandacaru e Varjão, interior de João Pessoa, Paraíba, uma ação de envolvimento das populações locais em um levantamento das condições de vida e saúde e das percepções que os habitantes tinham de sua própria situação. O que se seguiu a esse levantamento foi um processo de participação da população na discussão de projetos de melhoria das condições ambientais relacionadas com a existência da esquistossomose, tornando Mandacaru e Varjão campos experimentais para a formação e desenvolvimento de pessoal para a ação educativa em saúde.

Pode-se dizer que o sinal de ruptura com as propostas e concepções de educação sanitária da época já estava apresentado. Até então, as intervenções de saúde eram planejadas nos gabinetes e executada no ambiente, independente da diversidade das características sócio-culturais da população. A partir do trabalho de Hollanda, observa-se uma inversão na ordem. As medidas de saúde seriam implementadas com a participação das populações envolvidas. Neste novo percurso aprendiam tanto os agentes de saúde como a comunidade.

Suas experiências nacionais repercutiram no meio acadêmico e governamental, ecoando internacionalmente. Assim foi convidada para missões em vários países e territórios como consultora da Organização Mundial de Saúde (OMS), atuando como Health Education Officer pela South Pacific Commission nas ilhas do Pacífico, como na Melanésia, Polinésia e Micronésia, bem como no México, Costa Rica, Honduras, Guatemala, Paraguai e Argentina, além de coordenar projetos de pesquisa, desenvolvimento e avaliação de materiais educativos em saúde no Brasil. Sem dúvida, estas experiências internacionais contribuíram para aprendizagens no que concerne ao condicionamento cultural, aguçando sua sensibilidade para perceber uma gama de fatores subjetivos, vinculados à cultura, envolvidos nos processos de atuação em saúde pública.

Considerado como uma ousadia para a época, Hortênsia de Hollanda promovia uma verdadeira revolução nos trabalhos de saúde com populações. Schall (1999) comenta que Hollanda “abriu espaço para a participação da comunidade, num enfoque ambientalista e integrador, avançado e pioneiro em seu tempo, e, até hoje, por poucos alcançado.”

De toda essa experiência acumulada emerge o relato dos que trabalharam com Hollanda, alguns documentos escritos e outros poucos publicados, além dos materiais educativos desenvolvidos sob sua coordenação ou parceria. Entre eles, o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES-MEC/PREMEN, 1977), resultado da coordenação do projeto “Elaboração e Experimentação de Novos Materiais para o Ensino de Saúde”, convênio do Ministério da Saúde e da Divisão Nacional de Educação Sanitária com o Ministério da Educação e Cultura e o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino (MS/DNES-MEC/PREMEN), entre os anos de 1974 e 1977. O livro foi elaborado em colaboração com outros pesquisadores/educadores e um grande número de professores do chamado, à época, 1º grau (hoje Ensino Fundamental), dos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia e Rio de Janeiro, na definição das necessidades de informação em saúde, métodos para seu ensino e experimentação dos textos preliminares.

Durante um período que vai de 1942 a 1987, em paralelo à sua ampla atuação na prática da Educação em Saúde, Hortênsia de Hollanda ainda participou como professora de vários cursos para a área de Saúde Pública e realizou pesquisas, algumas com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em reconhecimento ao seu trabalho, foi homenageada na II Conferencia Latino-Americana de Promoción Y Educación para la Salud, em Santiago, Chile (1996) e recebeu, em 1999, o título de Doutora Honoris Causa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ.

As últimas participações de Hollanda datam de 1999 quando, em decorrência de problemas de saúde, passa a perder sua memória e então muda-se para Votuporanga, São Paulo, onde mora até hoje.

3 A escolha da abordagem metodológica do estudo

Como pensar questões teórico-metodológicas ao abordar a pessoa Hortênsia de Hollanda e sua contribuição à Educação em Saúde no Brasil? Há de se passar pela emergência do sujeito, como possível de ser analisado dentro de uma tradição historiográfica. A discussão sobre este sujeito é feita pelos estudos de campo: sujeito/contexto, subjetividade/objetividade, representações de mundo de diferentes sujeitos e grupos sociais.

É possível afirmar que o gênero biográfico, ao menos entre historiadores, goza de certa simpatia, e até mesmo euforia nas últimas décadas. Os trabalhos de Sabrina Loriga (1998), Giovanni Levi (2000) e Jacques Le Goff (1999) são importantes no sentido de apresentarem usos, tendências e críticas à utilização da biografia na história. Loriga, por exemplo, vê o entusiasmo dos historiadores em relação a este gênero como produto de uma crise da "história científica", baseada em conceitos totalizantes de classe social ou de mentalidade, nos quais ocorreria uma subordinação das ações sociais às forças produtivas ou aos meios culturais. A afirmação de Levi dá a medida exata das vantagens em se apostar nessa ferramenta metodológica, pois em sua opinião "a biografia constitui [...] a modalidade ideal para verificar o caráter intersticial - entretanto importante - da liberdade de que dispõem os agentes, [assim] como para observar a maneira pela qual funcionam concretamente sistemas normativos jamais isentos de contradições" (LEVI apud LE GOFF, 1999).

Conforme Giovanni Levi (1992) surge uma nova perspectiva, a da micro-história que, em linhas gerais, propõe reduzir a escala, analisando pequenas realidades, muitas vezes a partir de um indivíduo, para melhor compreender o todo. Nesse sentido, a micro-história é "uma gama de possíveis respostas que enfatizam a redefinição de conceitos e uma análise aprofundada dos instrumentos e métodos existentes" (LEVI, 1992). Os micro-historiadores usufruem de uma relativa liberdade do indivíduo, mas consciente das limitações do sistema normativo e prescritivo em relação à liberdade individual.

Como afirma Levi,

"o historiador não está simplesmente preocupado com interpretações dos significados, mas antes em definir as ambigüidades do mundo simbólico, a pluralidade das possíveis interpretações desse mundo e a luta que ocorre em torno dos recursos simbólicos e também materiais" (idem).

Em suas análises Giovanni Levi (2000) realiza uma tipologia de biografias em que considera as formas como são feitas as biografias hoje. Divide em quatro os tipos de abordagem: Prosopografia, que visa, sobretudo, ilustrar formas de comportamento; Biografia e contexto, na qual trata da construção do contexto para explicar o que parece desconcertante; Biografia e os casos extremos; e Biografia e hermenêutica, momento em que o material se torna discursivo, mas considerando que o significativo é o próprio ato interpretativo. Essa aproximação hermenêutica parece mostrar a impossibilidade de se escrever uma biografia, mas, ao mesmo

tempo, faz com que os historiadores reflitam sobre a utilização das formas narrativas em seu trabalho.

Os problemas, ao se abordar a questão da biografia dentro do conhecimento histórico, passam por questões de fundo da própria teoria do conhecimento: as relações entre normas e práticas, entre indivíduo e grupo, entre determinismo e liberdade ou mesmo entre racionalidade absoluta e racionalidade relativa. Giovanni Levi encontra uma saída ao estabelecer uma relação permanente entre biografia e contexto. Sem negar a repartição desigual de poder, devemos considerar que os dominados têm espaços, mesmo que reduzidos, para agir. Não se pode negar a existência de um habitus do grupo, mas, além dele, devemos considerar a existência de um espaço de liberdade para cada indivíduo.

E é nesse espaço que Hollanda age. Age como sujeito que possui liberdade de escolha ao se separar do marido, assumir seus filhos e dedicar-se ao trabalho, exercendo vários cargos e atividades docentes. Mas existe também o contexto no qual ela age: iniciou sua vida profissional na década de 1940, ingressando no DNERu em um período em que o Brasil experimentava um impulso para expansão e mudanças, ao mesmo tempo em que persistia num quadro de mazelas seculares. O sujeito age dentro de um contexto e é na relação e na tensão existente entre os dois que se produz a história de cada um dos seres humanos.

Propõe-se aqui uma análise biográfica da vida profissional de Hortênsia de Hollanda. Não uma biografia que busque esgotar a análise da vida de certa pessoa, mas que procure pensar algumas questões mais amplas que perpassam a vida profissional dessa pessoa e enriqueçam a compreensão da Educação em Saúde no Brasil. É uma biografia realizada com todo o rigor possível, embora sabendo-se que a própria delimitação do campo de trabalho já representa uma escolha subjetiva do pesquisador.

A vida de Hollanda pode ser tomada como referência para a compreensão das possíveis mudanças ocorridas com relação às práticas, técnicas e conhecimentos da Educação em Saúde no Brasil, assim como o desenrolar dessa área no século XX. O contexto e o indivíduo são analisados, sendo aquele compreendido como algo não rígido, passível de ser reelaborado a partir de novas interpretações. Os países, assim como os Estados e comunidades por onde circulou Hollanda, aparecem aqui como um local, um palco para a atuação de personagens: comunidades, líderes, professores, alunos, pessoas simples, governantes, funcionários públicos, que se relacionam.

Mas como estabelecer o espaço da pessoa Hortênsia de Hollanda no século XX? Como realizar um estudo sistemático dessa pessoa? Partindo do pressuposto de que os sujeitos são múltiplos e variados, não devemos considerar a mulher só como membro de uma categoria geral das mulheres, mas, também de outros aspectos de sua vida: raça, classe social, meio em que esta mulher vive, relações sociais por ela estabelecidas. Hollanda deve ser estudada como uma brasileira, branca, educadora em saúde graduada, membro de uma classe média urbana e mulher que age e atua dentro de um mundo, por meio de suas convicções e de práticas sociais.

Ao se reduzir o objeto a uma determinada individualidade, se por um lado restringe-se o campo a ser analisado, por outro verifica-se que a gama de possibilidades apresentadas no estudo da vida de um sujeito é muito grande. Torna-se necessário então delimitar as perguntas e direcionar o estudo. Essa é a razão para se dividir a tese em quatro capítulos.

O primeiro capítulo, Os caminhos da pesquisa, descreve a trajetória metodológica trilhada para este estudo, incluindo a coleta de documentos, a pesquisa de evidências orais, o estudo exploratório do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, além das questões éticas envolvidas.

No segundo, A “compreensão” da experiência profissional de Hortênsia de Hollanda”, recompomos a trajetória profissional da educadora, utilizando basicamente do seu currículo, dos depoimentos de seus colaboradores, fotos e documentos, apresentando as principais informações sobre o processo de formação profissional, cargos ocupados e atividades. Ainda neste capítulo, relembramos três momentos de destaque na vida profissional de Hollanda, tais como o ingresso no DNERu; a pesquisa realizada com populações das áreas endêmicas de esquistossomose e doença de Chagas, no nordeste do Brasil (Varjão e Mandacarú, bairros do interior de João Pessoa, Paraíba) e a pesquisa de Capim Branco, Minas Gerais. Em relação a pesquisa de Varjão e Mandacarú, enviamos um trabalho para o 11º Simpósio Internacional sobre Esquistossomose, realizado em Salvador, no mês de agosto de 2008. Este mesmo trabalho foi escrito sob forma de artigo e enviado para publicação no Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, que em um suplemento especial do periódico, incluirá estudos sobre esquistossomose.

A análise dos materiais produzidos é o ponto central do terceiro capítulo, A produção de materiais por Hortênsia de Hollanda. Retomamos três principais materiais: um manuscrito que é a transcrição de uma aula proferida por Hollanda, no

curso de Atualização de Conhecimentos sobre Endemias Rurais, na Faculdade Fluminense de Medicina e datado de 1956; o “Saúde: Meio ambiente e Comportamento – Guia para a saúde na Amazônia”, que escrito em parceria com Evany Gualberto, abordou alguns problemas de saúde mais comuns da região Amazônica nas décadas de 1960 e 1970 – época em que provavelmente foi produzido; e o “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977), livro coordenado por Holanda, em que participaram da elaboração diversos profissionais da área da saúde e educação. Este último material, alvo também do estudo que conferiu o título de Especialista em Ensino de Ciências, foi escrito em formato de artigo e enviado para a revista Ensaio.

O quarto e último capítulo, Hortênsia de Holanda: partilhando saberes e multiplicando caminhos, mostramos a importância da formação e atividade de um grupo de profissionais da Saúde Pública no Brasil, que liderados por Hortênsia de Holanda, foram capazes de estabelecer uma verdadeira revolução na educação popular, resgatando valores, realizando pesquisas e desenvolvendo trabalhos comunitários.

Onde foram encontradas as fontes para a escrita da tese? Elas foram colhidas, em sua grande maioria, com os colaboradores da educadora. São compostas de entrevistas, fotos e documentos. Fazem parte também documentos pertencentes à educadora mantidos no acervo com seu nome na Casa de Oswaldo Cruz¹ (COC) e também no acervo do DNERu onde atuou por parte de sua carreira.

¹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Fundo Hortênsia de Holanda, caixas 1 e 2 e Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação - Documento - 06.00.00/01.07.12. Fundo Instituto Nacional de Endemias Rurais



Figura 2 – Imagem de Hortênsia de Holanda capturada do documentário “Alfabetizando o corpo: O pioneirismo de Hortênsia de Holanda na educação em saúde (Schall, 1998). Mostra o encarte do livro “Saúde como compreensão de vida” (1977).

I OS CAMINHOS DA PESQUISA

“Não há uma pergunta que resida em nós e uma resposta que esteja nas coisas, um ser exterior a descobrir e uma consciência observadora: a solução está também em nós, e o próprio ser é problemático. Há algo da natureza da interrogação que se transfere para a resposta”.

M.Merleau-Ponty

Assim como alguém que começa uma viagem e pensa no que está levando e onde pretende chegar, carregando consigo algumas certezas e muitas dúvidas, iniciamos este estudo com a indicação de que revelaríamos um movimento de vanguarda que Hollanda imprimiu na Educação em Saúde.

Nosso estudo abrangeu, para além de um esforço de reconstrução histórica mais geral, um quadro de reflexões específicas sobre o trabalho da educadora em saúde Hortênsia de Hollanda. Nossa expectativa é a de que este texto possa representar uma contribuição para a história da saúde pública no Brasil.

Tornou-se relevante direcionar um olhar ao passado no sentido de interrogá-lo, uma vez que são as questões do presente que mobilizam a busca de suas interpretações. Encaramos a análise histórica embasadas em Certeau (2002) tentando, de maneira necessariamente limitada, compreendê-la como a relação entre um lugar social, de procedimentos de análise e a construção de uma escrita.

Essa pesquisa pode ser classificada como exploratória e descritiva, quanto aos fins. Exploratória porque, embora existam estudos sobre o movimento sanitarista e o discurso dos educadores em saúde, ainda assim, precisa-se de análises sobre a contribuição de educadores em saúde como Hortênsia de Hollanda, com seus avanços, impasses, discussões e contribuições para a área. É também descritiva, pois expõe características vinculadas ao perfil social, político e de saúde e doença das décadas de 1940-1980.

Quanto aos meios, é uma Pesquisa Bibliográfica, com levantamento de informações realizado a partir de coletas de documentos, fotos e outras fontes escritas devidamente publicadas. É uma Pesquisa Documental, pois se desenvolveu a partir da consulta e análise de conteúdos de documentos constantes no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e de coleta de depoimentos com colaboradores de Hortênsia de Hollanda, apoiado na metodologia da história oral. É uma Pesquisa Social na medida em que

buscou respostas de um grupo, no caso os educadores em saúde. É uma Pesquisa Histórica, pois abrangeu uma parte do processo histórico recente, inerente ao século XX. Também é Teórica, pois analisou, estudou, avaliou, contextualizou a teoria de como trabalhar com a saúde para a compreensão da própria vida, teoria esta central no pensamento e atuação de Hortênsia de Hollanda.

Assim foram trilhados os caminhos da pesquisa:

I.1 Coleta de documentos

À luz de uma perspectiva histórica, iniciamos a fase historiográfica documentária que trouxe, para uma não historiadora, desafios paradoxalmente gratificantes. Os acervos consultados pertencem à Casa de Oswaldo Cruz, através do Departamento de Arquivo e Documentação. Consultamos o fundo arquivístico do Instituto Nacional de Endemias Rurais (FIOCRUZ, 1997) e as duas caixas constantes no inventário preliminar de Hortênsia de Hollanda. Os acervos viabilizaram descobertas de documentos que passaram a fazer parte dos nossos registros, tal como resultados de inquérito, atas de reuniões, reportagens de jornal, além de um texto de uma aula proferida no curso de atualização de conhecimentos sobre endemias rurais, transcrito para os Anais da Faculdade Fluminense de Medicina, em dezembro de 1956 e que, parece ter permanecido manuscrito. Outro documento é a descrição de um estudo relacionando economia e alimentação no nordeste, numa dupla autoria de Dante Costa com Hortênsia de Hollanda, sem data. Dos nossos registros também fazem parte o documentário em vídeo, realizado por Schall em 1998, editado em 2001, no qual colaboradores de Hollanda tecem uma análise da sua contribuição para com a saúde pública brasileira (SCHALL, 2001).

Em anexo, encontra-se o quadro completo com a descrição de cada um dos nossos registros (Anexo 1 – Quadro dos documentos recolhidos de Hortênsia de Hollanda).

I.2 Pesquisa de evidências orais

Logo após a pesquisa historiográfica, partimos para a coleta das evidências orais que além de completar as fontes escritas, possuem valores próprios, e que foram explorados enquanto tal. Observa-se que as discussões relativas à história oral que subsidiaram os procedimentos das entrevistas transcendem os limites inerentes ao projeto de pesquisa que lhe deu origem. O processo de construção de identidade dos atores sociais, a riqueza de elementos afetivos, a diversidade de

versões a respeito das trajetórias institucionais e profissionais, o registro de informações históricas originais são algumas das dimensões que caracterizam de maneira singular os depoimentos orais.

O trabalho de coleta destes depoimentos teve início no segundo semestre de 2005 e a princípio baseamos a escolha de nossos depoentes no documentário realizado por Schall em 1998, já descrito em nossos registros. Assim, os primeiros depoimentos foram realizados com pessoas residentes em Minas Gerais, parceiras de Hollanda em algum trabalho de pesquisa ou de campo. Tais pessoas indicavam outras, que também foram incluídas no estudo.

Entrevistamos Angelina Garcia, assistente social, companheira de trabalho desde as Campanhas de Erradicação da Malária; Célio Garcia, psicanalista que trabalhou no projeto Capim Branco, na década de 1970; Edith Mata Machado, bióloga que iniciou-se na pesquisa através do projeto Capim Branco; Mônica Meyer, bióloga, que tomou parte com outros na construção do manual “Saúde como compreensão de vida”; Cornelis Johannes van Stralen, psicólogo, também participante do projeto Capim Branco; João Carlos Pinto Dias, médico, autor de um dos capítulos do “Saúde, como Compreensão de Vida” e Nelson Vaz, médico, que já no final da década de 1990 tentou articular um grupo para a atualização e reedição do manual. No Rio de Janeiro entrevistamos Helena Salgado, colaboradora nas traduções de textos, e nos processos de seleção de candidatos ao trabalho de educação em saúde; Evany Gualberto, diretora do Serviço de Educação Sanitária do Ministério da Saúde na década de 1960 e 1970; Lenita Vasconcelos e Bernadete Lobato, educadoras em saúde, que participaram de diversas atividades e pesquisas; Jorge Valadares, psicanalista, também parceiro em projetos. Tínhamos como proposta entrevistar Guy de Hollanda, filho de Hortênsia e colaborador em alguns de seus projetos, o que não foi possível pela inesperada notícia de seu falecimento em 2006.

O trabalho com a metodologia de história oral compreende todo um conjunto de atividades anteriores e posteriores à gravação dos depoimentos. Para o trabalho, fez-se necessário a elaboração de um roteiro orientador onde buscamos captar a descrição do trabalho de Hortênsia e como viam o modo com a qual ela realizava seus trabalhos, em que momento e como foi a participação do entrevistado nos trabalhos. Aos que participaram da elaboração do manual “Saúde, como Compreensão de Vida” procurávamos aprofundar questões relacionadas à metodologia, testes em campo, confecção e repercussão do livro.

Escolhemos trabalhar com entrevistas temáticas, que são, segundo Alberti (2004), aquelas que versam prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido, ou seja, é adequado para o caso de temas que têm estatuto relativamente definido na trajetória de vida dos depoentes. As entrevistas foram elaboradas de forma semi-estruturada, para a promoção do que Lüdke e André (1986) definem como sendo o desenrolar a partir de um esquema básico, porém aplicado de maneira flexível, permitindo que o entrevistador faça alterações necessárias. Assim, em certos momentos, novas perguntas puderam ser formuladas, de maneira que ao final da entrevista dispúnhamos das informações relativas a cada um dos itens que compunham o roteiro, sem necessariamente o ter executado em uma ordem rígida.

Todos os entrevistados mostraram-se receptivos. O tema causa entusiasmo e boas lembranças e quase todos prometeram separar documentos, fotos e fizeram referências de pessoas ou trabalhos, colaborando com o trabalho de resgate da vida profissional de Hortênsia de Hollanda. Os documentos adquiridos nessas ocasiões também passaram a fazer parte de nossos registros, constando o nome de seus doadores.

A coleta dos depoimentos orais foi realizada no dia, local e horário combinado entre o entrevistado e o pesquisador e gravadas em fita K7 de 60 minutos. O total coletado perfaz cerca de 20 horas de gravações. Após cada encontro, registrávamos no diário de campo os registros paralelos sobre as situações das entrevistas, o clima geral, as interrupções, a disponibilidade ou não dos entrevistados em conceder os relatos, nossos sentimentos durante a coleta, etc. Sabíamos que tais registros, tendo sido feitos logo após a realização das entrevistas para que nenhum detalhe fosse esquecido, seriam úteis na fase posterior de análise dos relatos.

As durações das sessões de coletas de depoimentos não excederam duas horas, exceto a realizada conjuntamente entre a pesquisadora e as depoentes Bernadete Lobato e Lenita Vasconcelos, que durou toda uma manhã.

Os Termos de Cessão de Direitos sobre o Depoimento Oral (anexo 2), nos foram devolvidos depois da leitura, por parte do depoente, da transcrição da entrevista. Todas as alterações sugeridas pelo depoente foram acatadas e posteriormente realizamos a edição das mesmas.

I.3 Estudo exploratório do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”

Como descrito anteriormente, o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977) foi o material que acabou desenrolando esta proposta de estudo e uma das poucas publicações com autoria de Hollanda. Decidimos promover um estudo exploratório com o objetivo de avaliar o livro, através da colaboração de profissionais de área saúde e educação, abordando aspectos necessários de ser atualizados, sua adequação, além da pertinência dos conteúdos e temas propostos.

Seguimos a metodologia proposta por Luz et al (2003), no trabalho intitulado “Avaliação de material informativo sobre leishmanioses no Brasil: critérios e subsídios para a elaboração e aperfeiçoamento de materiais educativos em saúde”, no qual criaram categorias mostrando uma avaliação da qualidade das informações presentes nos materiais informativos sobre leishmanioses disponíveis para os serviços de saúde no Brasil. Elaboramos um questionário (anexo 3), em que abordamos os aspectos necessários de ser avaliado e atualizado, no manual “Saúde, como Compreensão de Vida”, tais como estrutura do material, linguagem, ilustrações e metodologia.

Como afirmam Minayo, Assis e Souza (2005) os questionários se configuram como dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo, permitindo medir a magnitude de sua distribuição.

Escolhemos como formato para nossos questionários questões abertas, a fim de que os colaboradores ficassem livres para usar suas próprias palavras, sem se limitar ao rol de alternativas, cientes das vantagens e desvantagem apresentadas pela utilização dessa modalidade de questionários.

O questionário foi construído a partir de consultas a estudos prévios e de exaustiva discussão interavaliadores. Descartamos a necessidade de pré-tese por ser uma adaptação do questionário elaborado por Luz et al. (2003), além de tratar-se de um estudo exploratório.

Uma das decisões importantes no momento de construção do questionário relacionava-se com sua aplicação. Existia a opção de entrevista ou autopreenchimento. Decidimos que seriam autopreenchidos. Assim, foram enviados junto do livro, por correio convencional e foi facultativo para as respostas, a mesma forma ou por correio eletrônico. Tínhamos conhecimento da vantagem desta

modalidade, o fato de se atingir várias pessoas de forma não muito dispendiosa e de o respondente preencher o questionário quando lhe for mais conveniente. No entanto subjugamos a desvantagem, as taxas de retorno.

Julgamos necessária a participação de profissionais das áreas médica, imunológica, nutrição, engenharia sanitária, designer, além de educadores com experiência em metodologias, em educação científica e educação popular. Elaboramos uma lista com nome de três profissionais dessas áreas e partimos para uma conversa preliminar na qual explicávamos o nosso trabalho e indagávamos sobre a participação deles. Muitos justificavam a participação em várias outras pesquisas, motivo pelo qual não poderiam colaborar com a qualidade que o estudo merecia. Outros que não se achavam preparados para avaliar materiais educativos. Tínhamos uma lista com sugestões de três nomes de profissionais para cada área e não conseguimos a adesão de pelo menos um em cada. Contatamos quatro profissionais: um de engenharia sanitária e três da educação. Achamos conveniente aceitar o desafio de prosseguir com a pesquisa, pois concordamos que as contribuições seriam de grande valia, uma vez que conseguimos os três participantes da área de educação. Com o aceite de participação, entregamos uma cópia do livro e uma do questionário em que pedíamos ajuda para a identificação do potencial educativo e a verificação da pertinência dos temas e das características do material, assim como a contribuição para com a prática pedagógica.

O primeiro momento de análise deste material teve o objetivo de organizá-lo, adotando uma classificação a partir da forma como foi construído. Cada questionário recebeu um código para que fosse garantido o anonimato do colaborador.

De posse do material, partimos para um processo de procura de categorias, na intenção de analisar o significado do livro proposto. Apoiamos-nos na técnica de “Análise de Conteúdo” utilizando como referencial metodológico Bardin (1979) e Weber (1990).

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto. Visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens. É particularmente utilizada para estudar material de tipo qualitativo, mas é caudatária das metodologias

quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo.

I.4 Questões éticas envolvidas na pesquisa

Este estudo levou em consideração a Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, tendo o parecer nº 06/2006 (Anexo 4 - Parecer nº06/2006 – CEPSH - CPqRR) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto René Rachou/FIOCRUZ.

Nossa análise crítica dos possíveis riscos e benefícios desta pesquisa previa para a coleta dos depoimentos momentos de emoção e felicidade ao recordar o passado, o que não figurava em nenhum risco. O maior benefício foi resgatar a ação inovadora de uma educadora em saúde e promover sua memória em relação às práticas por ela realizadas.

Foram recolhidos os Termos de Cessão de Direitos sobre o Depoimento Oral de cada participante (anexo 2). Em relação ao estudo exploratório, uma carta convite foi elaborada com informações sucintas sobre o livro, nossos propósitos e objetivos, além de informações gerais sobre modo de preenchimento do questionário, custeio e da possibilidade de publicação do mesmo (anexo 5). As informações coletadas foram e serão consideradas confidenciais por todos os pesquisadores envolvidos, com garantia de anonimato na divulgação dos resultados da pesquisa, a fim de evitar qualquer dano moral aos participantes.

II A “COMPREENSÃO” DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DE HORTÊNSIA DE HOLLANDA

Por ocasião de um convite para participar da II Conferência Latino-Americana de Promoção e Educação para a Saúde, em Santiago – Chile, em 1996, Hortênsia de Hollanda recompõe seu trajeto profissional em um Informe Curricular (HOLLANDA, 1996), apresentando um período que vai de 1942 a 1987, cobrindo 45 anos de intenso trabalho. Neste capítulo, nos valemos deste currículo, dos depoimentos colhidos com os colaboradores de Hollanda, fotos e documentos para apresentar as principais informações sobre o processo de formação profissional, cargos ocupados e atividades da educadora. As fotos, cedidas por Angelina Garcia, trazem, entre aspas, o que se encontra escrito no verso de cada uma delas, numa tentativa de além da imagem, guardar nomes, lugares e datas.

II.1 A educadora Hortênsia de Hollanda: recompondo sua trajetória profissional

Hortênsia Hurpia de Hollanda, filha de Horácio Hurpia Filho e de Olívia Bacchi Hurpia, nasceu em Corumbá, Mato Grosso do Sul em 26 de maio de 1917, a primogênita de uma família de 7 filhos, 4 mulheres e 3 homens.

Com seu pai médico (FIG. 3 – Foto de Horácio Hurpia Filho), Hollanda inicia em família uma série de aprendizados que terão reflexos na sua prática. Em seus finais de semana acompanhava o pai nas visitas médicas gratuitas que realizava a comunidades carentes. Relatando em seu currículo gratas lembranças, ela escreve:

“A ele, meu pai, devo o desenvolvimento de atitudes que estiveram no cerne de minha formação profissional. Sua capacidade para ouvir as queixas dos doentes, vontade de compreender as situações geradoras de doenças, penetrar na raiz dos fatores antes de intervir, mostravam um comportamento profissional que me marcou profundamente. Associava a essas qualidades respeito e solidariedade ao sofrimento do povo humilde” (HOLLANDA, 1996).

Em Belo Horizonte, no ano de 1928, inicia seu curso primário (hoje 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental) no Grupo Escolar Pedro I, terminando em 1930 no Colégio Isabela Hendrix. Já no Rio de Janeiro, em 1931 inicia o curso secundário (5ª a 8ª séries) na Fundação Osório e em 1938, no Colégio Universitário conclui o colegial (Ensino Médio). Forma-se no curso de Língua e Literatura Anglo-Germânica

pela Faculdade de Filosofia do Rio de Janeiro em 1941 e em 1949 no de Nutrição, pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil, Rio de Janeiro. Em 1950, na Escola de Saúde Pública e Educação em Saúde, no Chile, conclui o seu curso de especialização e em 1953, na Universidade da Califórnia, Campus de Berkeley – Estados Unidos, o Mestrado em Public Health and Education.



FIGURA 3 – Foto de Horácio Hurpia Filho

Amiga de Hollanda, a educadora Angelina Garcia afirma:

“Hortênsia sempre teve ótimos professores. No ginásio, foi aluna de desenho do Guignard, do Antonio Houaiss de português.” (...) Em Berkeley na Califórnia, onde fez Educação Sanitária, foi aluna do George Foster, um antropólogo muito ligado à saúde. Foi também colega de Sushil Day, um hindu muito interessante, que depois tornou-se presidente da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO).^A

Em seu currículo, Hollanda (1996) destaca a Diretora da Fundação Osório, Cacilda Martins, onde estudou e mostra que esta educadora, sempre à procura de inovações que melhorassem a qualidade do ensino que promovia, costumava convidar artistas e cientistas. Assim ela escreve:

“Entre eles destaco a importância do contato com o Professor Lutzberg, de Heidelberg, que fora convidado pelo governo brasileiro para estudar uma região seca do Nordeste, antes ocupada por florestas de carnaubeira. Seus estudos estão em documentos que se encontravam no Instituto Aggeu Magalhães, Recife, PE. Suas lições de ciências e botânica guiavam nossa observação para o meio ambiente: clima, plantas, animais e suas complexas interações”.

Ainda construindo sua formação, momento em que se imagina que mais se aprende do que ensina, Hollanda demonstra que se trata de uma relação, onde é

possível aprender e ensinar. Questionadora, o fato narrado por Bernadete Lobato^B mostra como Hollanda promovia críticas construtivas:

“Sinto pena de não ter feito cópia das coisas que me mostrava, como a carta do coordenador do curso de Educação para a Saúde, em Berkeley, onde ela fez o mestrado e para quem fez uma crítica muito severa, dizendo ‘como é que vocês fazem um currículo sem ter antropologia? Como vocês vão discutir educação sem antropologia? Isso está fazendo falta neste curso!’ O coordenador ouviu e silenciou. No final do curso, na avaliação que fez, Hortênsia disse: ‘olha, o que eu descobri é que as respostas para os meus problemas eu tenho que encontrar no Brasil, porque aqui eu não acho não’. Anos depois este coordenador fez uma carta agradecendo a contribuição que ela tinha dado, porque ele já tinha incluído antropologia no currículo. Assim é que Hortênsia mexia com esse mundo todo, por onde passava, ela mexia”.

Podemos localizar os primeiros trabalhos de Hollanda num momento em que o Brasil experimentava, em meados da década de cinqüenta, um impulso para expansão e mudanças. Regia o país a era presidencialista de Juscelino Kubitschek, vocacionada para o desenvolvimento rápido, uma cultura inflacionária e grandes empreendimentos. Mas a situação de pobreza persistia oferecendo seu quadro de mazelas seculares: populações rurais desnutridas, sofrendo de endemias, da falta de recursos básicos, de educação e outros.

O País ganhava uma nova pasta, autônoma para a saúde pública, originária do antigo Ministério da Educação e Saúde: o Ministério da Saúde. Este foi instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, tendo como contexto histórico e político de surgimento as questões relativas à centralização dos serviços de saúde e a progressiva separação entre saúde pública e assistência médica. O processo de criação do atual ministério vinha, desde 1946, caracterizando-se pela gradativa ampliação da responsabilidade do governo na defesa e proteção da saúde da população, respaldada pelo ideário da OMS (LIMA & PINTO, 2003).

Três anos após a criação do MS, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que, vinculado ao Ministério da Saúde, tinha como finalidade atuar tanto no combate à febre amarela, malária, peste, esquistossomose e outras endemias existentes no país. O DNERu organizou e implementou várias campanhas na área de saúde pública, entre as quais podemos citar: de erradicação da malária nos anos 1960 e 1970; de erradicação da varíola, iniciada em 1958; e a campanha nacional contra a lepra, em 1959 (LIMA & PINTO, 2003)

Como destaca Lima & Pinto (2003), a criação de um ministério mobilizou diversos atores, entre eles políticos, médicos e sanitaristas que atuavam no cenário político das mudanças operadas no país com a Revolução de 1930. Um destes

atores, Mário Pinotti², personagem da história da saúde pública no Brasil, teve grande importância na vida profissional de Hollanda.

Também compõe o cenário das décadas de 1960 e 1970, período político conturbado na história do país, com a ascensão dos militares ao comando do governo brasileiro. As lideranças promoveram um longo programa ideológico, acionado com a retirada dos estudantes, especialmente os de nível universitário, de qualquer autonomia representativa. Posteriormente, o processo ideológico prosseguiu com o afastamento de professores e a repressão brutal às manifestações estudantis, articuladas ou não a organizações políticas clandestinas. A desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. No campo da saúde pública, o governo federal destinava poucos recursos ao Ministério da Saúde (MS), mostrando uma opção pela medicina curativa, financeiramente mais cara embora contando com recursos garantidos pelas contribuições dos trabalhadores para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

À margem de todo esse processo, esquecida pela história oficial, mas forte nas lembranças dos participantes pode-se notar a grande contribuição profissional de Hortênsia de Hollanda para a área de educação em saúde.

Seu desenvolvimento profissional foi marcado por numerosos cursos, seminários, jornadas e congressos nacionais e internacionais. Alguns merecem destaque, tais como: Seminário Interamericano de Educação Sanitária, em Lima – Peru (1957); Curso Internacional sobre Esquistossomose, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Cairo – Egito (1958); Estágio em Planejamento, Elaboração e Avaliação de Materiais educativos, através do Department of Health and Welfare, em Washington (1960); V Conferência Internacional de Saúde e Educação Sanitária, na Filadélfia (1962); Seminário sobre Nutrição em Áreas Rurais, pela FAO, OMS e

² Mário Pinotti (1894-1972) iniciou sua carreira como médico sanitário em 1919, tornando-se inspetor sanitário rural do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Depois de assumir a prefeitura municipal de Nova Iguaçu (1922), trabalhou na campanha contra febre amarela, de 1928 a 1931. Em 1936, durante a gestão de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde, foi nomeado diretor-assistente do Serviço Nacional de Febre Amarela, e em 1937 passou a inspetor dos Serviços Especiais do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Nomeado, em 1941, diretor do Serviço Nacional de Peste, assumiu no ano seguinte a direção do Serviço Nacional de Malária, onde permaneceria até 1954. Em 1945 tornou-se também diretor do Departamento Nacional de Saúde. Durante o segundo governo Vargas, foi nomeado pelo presidente para o Ministério da Saúde (MS), cargo em que permaneceu até setembro de 1954, logo após o suicídio de Getúlio Vargas. Em 1956 foi nomeado diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais. Foi ainda presidente da Legião Brasileira de Assistência (LBA) de 1957 a 1959. Em 1958, a convite de Juscelino Kubitschek, substituiu Maurício Medeiros no MS, permanecendo no cargo até 1960 (FGV, 2001).

Comissão do Pacífico Sul (South Pacific Commission - SPC), em Manila – Filipinas (1964); Conferência Internacional sobre Saúde e Educação Sanitária, em Buenos Aires (1969).

Além da presença no cenário internacional, no Brasil participou, entre outros, do Seminário sobre a Contribuição das Ciências no Desenvolvimento da Comunidade, no Rio de Janeiro (1960); Seminário de Intervenção Psico-social – Relação Professor-Aluno, pelo setor de Psicologia Social da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG, em Belo Horizonte (1968); e as quatro Jornadas Brasileira de Estudos sobre Educação em Saúde, através do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde (MS/OPAS), realizadas em São Paulo (1970), Salvador (1971), Curitiba (1973) e Brasília (1975).

Sobre estas Jornadas, algumas com a organização de Hollanda, como a de Brasília, e perante a situação política brasileira temos o diálogo³ entre João Carlos Pinto Dias (JC) e Hortênsia de Hollanda (HH):

JC: ...“Hortênsia certamente fez muitas loucuras e nos levou a fazer algumas (...). Na década de 70, quando vivíamos num regime de forças, em que eram proibidas as reuniões, você convoca uma jornada de educação em saúde, em Brasília, o que era uma loucura total para a época! Estávamos no auge do aparato militar, da repressão e você convoca no Senado Federal uma conferência (...), para falar de um antimodelo.”

HH: “Eu realmente acho que havia um pouco de loucura e de coragem de seguir adiante (...). Nós procuramos pessoas independentes, capazes de colocar suas idéias e eu acho que fazíamos isso porque tínhamos a mesma tendência e gostávamos e não éramos medrosos”.

No Rio de Janeiro Hollanda exerceu vários cargos. Iniciou como Assistente Técnico da Divisão de Educação Sanitária do SESP, órgão do MS, de 1940 a 1955. Entre os anos de 1953 e 1954 trabalhou como orientadora do planejamento e organização do trabalho de Educação Sanitária no Serviço Nacional de Malária, nas campanhas de combate à Esquistossomose. No DNERu foi incentivadora da formação de equipe multiprofissional para assessoramento de trabalho de pesquisa, planejamento e treinamento “com o objetivo de inovar/reformular concepções/ações de controle das endemias rurais no Brasil” (HOLLANDA, 1996) (1956-1961). Participou também como formuladora, em trabalho de equipe, de programa experimental de combate à esquistossomose e outras doenças, que pudesse servir de campo de estágio para os educadores em saúde (1958-1959).

³ Este diálogo é parte da entrevista coletiva realizada por Virgínia Torres Schall, em 1998, com Hortênsia de Hollanda e sete de seus colaboradores para produção de um documentário intitulado: “Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde”. Esta entrevista coletiva foi transcrita e passou a fazer parte, como documento, desta pesquisa.

Na década de 1960 foi contratada como Health Education Officer pela Comissão do Pacífico Sul, atuando nos vários países e territórios da Melanésia, Polinésia e Micronésia, em diferentes programas (1963-1968). Participou como representante ou como relatora de temas em reuniões técnicas internacionais, tais como: sobre o controle da malária, em Honiara, Ilhas Salomão, em 1963; sobre o combate à tuberculose, e sobre a urbanização e saúde mental nas sociedades tradicionais, em Noumea, Nova Caledônia, 1965; e sobre a organização de serviços de saúde nas áreas subdesenvolvidas, em Manila, Filipinas, 1966.

Os relatos de Hollanda (1996) mostram que os anos vividos como consultora para educação em saúde na Comissão do Pacífico Sul contribuíram para surpreendentes aprendizagens no que concerne ao condicionamento cultural relacionado com a saúde. Pode-se observar as diferenças de respostas às questões de sobrevivência destes povos.

Voltou ao Brasil em 1968 onde passou a exercer o cargo de Assessora Técnica do Diretor do Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu) e depois entre os anos de 1969 e 1970 a Assistência Técnica da Diretoria do DNERu.

Em suas reflexões relacionadas ao DNERu, Hollanda (1996) escreve que:

“este era o órgão de projeção nessa época. O diretor, Dr. Mário Pinotti, ganhara alto prestígio pelo sucesso obtido na luta contra a malária. Para sua área foram então destinados recursos consideráveis que, além de atender ao programa de combate à malária – a ‘Campanha’ como era chamado, deveriam estender-se à esquistossomose. (...) Foi nessa ocasião que ingressei no DNERu”.

Foi consultora da OMS no México, Costa Rica, Honduras, Guatemala, Paraguai e Argentina entre os anos de 1968-1969 (FIG. 4); do Projeto Nacional de Saneamento Básico, para o planejamento, orientação e atividades educacionais ligadas aos projetos e programas de saneamento rural (1977-1987); e do Banco Mundial junto à Secretaria de Saúde da Bahia, contribuindo para reformulação dos métodos de supervisão e capacitação de pessoal auxiliar de saúde nas áreas rurais (1979).

Como professora, um dos primeiros trabalhos de Hollanda foi no Ministério das Relações Exteriores, contratada (1942-1947) para integrar a equipe de ensino e intercâmbio cultural, no Paraguai. A Embaixada Brasil-Paraguai estabeleceu em 1941, através de convênio, um centro permanente para a promoção do conhecimento mútuo entre os países, levando professores para ensinar português, história, literatura e puericultura. Vários são os cursos em que lecionou educação em

saúde, desde o de Endemias Rurais para médicos do DNERu, em Belo Horizonte (1955-1960); o de Endemias Rurais para médicos e de Introdução à Educação Sanitária, para professores e enfermeiras, em Belo Horizonte e Rio de Janeiro (1957-1958); até os de Saúde Pública, promovidos pela FIOCRUZ em Belém, Paraíba e no Rio de Janeiro (1975-1976). Aqui ainda vale destacar sua atuação na assessoria para organização de currículo, promovido pelo Ministério da Educação e Cultura e o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino (MEC/PREMEN), em Brasília (1971).



FIGURA 4 – Foto de Hortênsia de Hollanda (circulada) em reunião na OMS, Genebra, 1969 (data provável).

Convidada por instituições internacionais, Hollanda participou como bolsista da OMS em estudos e observações de programas em áreas de esquistossomose e malária na Itália, Sudão, Uganda, Tanzânia e Egito (1958). Em 1960, com uma bolsa da United States Agency for International Development (USAID) partiu para estudos em planejamento e avaliação de materiais educativos para a saúde em Washington, Atlanta, Chicago e Nova Iorque. Em Londres, Inglaterra, no ano de 1977 observou e participou de grupos de estudo sobre materiais apropriados às populações rurais e desenvolvimento de recursos humanos, além de, a convite da American Cancer Society, em 1975, participar de grupos de estudo sobre o problema do fumo.

Em paralelo a sua atuação prática como educadora em saúde, podemos revelar a participação de Hollanda em pesquisas no Brasil. De 1955 a 1957, no nordeste do Brasil e no Estado de Minas Gerais, planejou e supervisionou equipes que trabalharam no levantamento de opiniões e crenças sobre saúde-doença das populações das áreas endêmicas de esquistossomose e doença de Chagas.

Com financiamento do CNPq, atuou como pesquisadora participante do estudo sobre os modos de ver a realidade e se expressar sobre os problemas de vida, saúde e trabalho de uma população rural. Como materiais e métodos utilizaram da Análise do Discurso em uma amostragem na cidade de Capim Branco, Minas Gerais, área endêmica de esquistossomose (1974-1975). Outro projeto em que Hollanda, através de financiamento do CNPq, era pesquisadora responsável foi “Experimentos de produção de materiais áudio-visuais com a participação das populações-cliente” (1976-1977).

Com tão ampla e variada experiência profissional, observando no currículo a descrição de sua produção de documentos, verifica-se que não há correspondência quanto a publicações, que são poucas. Dos seis documentos citados somente um foi realmente publicado, o livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, num convênio do Ministério da Saúde e Divisão Nacional de Educação Sanitária (MEC/DNES) com o Ministério da Educação e Cultura, através do Programa de Melhoria e Expansão do Ensino (MEC/PREMEN) em 1977, alvo de nossa pesquisa. Outro documento citado é o “Onde os alunos pegam esquistossomose”, um trabalho executado pelos alunos do complexo escolar Luiz Pinto de Carvalho, em 1976, na Bahia e que faz parte como encarte do livro anteriormente citado.

Outro documento que tivemos acesso e que também fez parte de nossa pesquisa é a aula intitulada “Educação sanitária na profilaxia das endemias rurais”, proferida no curso de Atualização de Conhecimentos sobre Endemias Rurais, no ano de 1956, na Faculdade Fluminense de Medicina. Este documento foi localizado no Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento INERu – 06.00.00/01.07.12., e permaneceu em manuscrito até a publicação do artigo de Diniz, Figueiredo & Schall (aceito para publicação em 2007 e parte dessa tese).

No currículo Hollanda citou ainda os documentos: “I Education em Matière de Nutrition. Un Taro, Um Poisson, Une Papaye”, pela SPC e a FAO, escrito na Itália em 1975; o “Plano de treinamento do pessoal auxiliar do projeto do Vale do Paraguaçu, Bahia” e “Summary of Some Ideas Discusses in the Tonga Seminar on

Health Education for Teachers and Medical Department Personnel”, que não foram datados e localizados por nossa pesquisa.

Ao contrário, localizamos um documento publicado e não citado por Hollanda, o “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento” escrito numa parceria entre Hortênsia de Hollanda e Evany Gualberto, no ano de 1961/62 e sem data de publicação. Foi impresso através de uma contribuição da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA). Na capa traz o título “Guia para a saúde na Amazônia”.

Localizamos também nas caixas que perfazem o inventário preliminar de Hortênsia de Hollanda, sob guarda do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, um texto datilografado em papel timbrado do Serviço Nacional de Malária, de autoria de Dante Costa e Hortênsia de Hollanda, intitulado “Economia e Alimentação no nordeste, em áreas de esquistossomose: dados de um inquérito em dois bairros populares de João Pessoa, Paraíba”. Não está datado, mas a introdução faz referência a VI Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizado em julho de 1955, no Recife. Este será descrito com mais detalhes em parte posterior deste estudo.

Se compararmos os níveis bibliográficos atuais da área de Ciências Humanas em relação ao das Ciências Médicas, veremos que ainda hoje são quantitativamente menores as publicações de educação em revistas científicas, embora tenham maior expressão em livros, talvez pela dificuldade do objeto e por uma maior demanda de tempo para estas pesquisas, mas o que chama a atenção em relação à Hollanda é que a educadora possuía um imenso perfeccionismo e, que tudo indica, dificultava a finalização dos trabalhos na forma de publicação. A justificativa para tal fato encontramos no relato de Edite Mata Machado^C:

“... Hortênsia tinha alguns armários em casa e eu, às vezes, ficava mexendo. Eram armários inteiros, cheios de papel. Escritos que na maioria das vezes ela não publicava, embora escrevesse muito. (...) E muitas vezes ela dizia que aquilo não serviria para nada. Nunca estava pronto, estava sempre fazendo”.

Em nossos depoimentos, os colaboradores de Hollanda mostram-se fascinados por aqueles que eram os parceiros de discussão e pesquisa da educadora. Assim, João Carlos Pinto Dias relata^D:

“Eu vi a Hortênsia ser referenciada por todos os homens que são referência para mim: Samuel Pessoa, Amílcar Vianna Martins, José Pellegrino, o meu pai Emmanuel Dias, o doutor José Rodrigues da Silva, o Bustamante, o Pinotti, o (Henrique) Aragão e depois seu filho (Mário Aragão), o professor

Coura, o professor Prata. Não era de graça que todos tinham Hortênsia em alta conta, ela conquistava, impunha”⁴.

O que também pode ser visto no relato de Bernadete Lobato^B:

“Hortênsia conversava com todos aqueles monstros da Saúde Pública e os tratava pelo nome, as vezes no diminutivo. Ela tinha um poder, circulava, era fantástica. Chamava o Carlos Chagas Filho por Carlinhos, ela podia! São poucas as pessoas no Brasil com essa visão de mundo. Era inteligente, emotiva e afetiva. Quem convivia com ela sabia que era firme, forte, mas contraditoriamente doce”⁴.

Em dezembro de 1999 Hortênsia de Hollanda recebe o título de Doutora Honoris Causa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Por ocasião do recebimento deste título Jorge Valadares^E pronuncia o seu discurso “Saudação a Hortênsia Hurlia de Hollanda” (1999), mostrando que:

“... a primeira grandeza de Hortênsia: tudo que faz está centrado num forte respeito ao caminho do homem, a suas possibilidades. Do corpo em

⁴ Os nomes e qualificação profissional de cada um dos citados é: (1) Samuel Barnsley Pessoa (1898-1976), médico parasitologista, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, publicou em 1946 a obra Parasitologia Médica, onde apresenta as principais doenças causadas por helmintos, baseado em exemplos brasileiros, a partir de sua atuação nas campanhas sanitárias e das pesquisas básicas que fez em leishmaniose, tracoma e esquistossomose (PAIVA, 2006); (2) Amílcar Vianna Martins (1908-1990), médico, pesquisador considerado o maior colecionador de flebotomos do continente americano e professor de parasitologia da UFMG; (3) José Pellegrino (1922-1977), médico sanitário, trabalhou na Secretaria de Saúde e Assistência de Minas Gerais entre 1947 e 1961, colaborando com os estudos de Doença de Chagas na cidade de Bambuí. Parasitologista, atuou como professor na Faculdade de Medicina da UFMG e pesquisador do Centro de Pesquisas René Rachou, além de consultor da OMS (PROSSIGA, 2007); (4) Emmanuel Dias (1908-1962), médico, realizou importantes pesquisas relacionadas à doença de Chagas, defendendo em 1933 o estudo que demonstrava de forma definitiva o ciclo evolutivo do Trypanosoma cruzi e a transmissão da doença através da eliminação do parasito pelo intestino posterior do inseto. A partir de 1943 direciona o Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, em Bambuí, cargo exercido até o seu falecimento (PROSSIGA, 2007); (5) José Rodrigues da Silva (1911-1968), médico diplomado pela Faculdade de Medicina do Brasil em 1942, onde também lecionou na Cadeira de Clínica Médica e Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas, dedicou-se ao estudo e pesquisa de vários problemas de patologia tropical. Fez parte de várias Sociedades Médicas ligadas ao problema da medicina tropical, e foi presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (CAMILLO-COURA, 1969); (6) Miguel E. Bustamante, doutor em saúde pública e historiador, foi secretário-geral da Organização Pan-Americana da Saúde, entre 1947 e 1956 (BONFIM, 2002); (7) Mário Pinotti (1894-1972), médico sanitário, ministro da saúde nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek (FGV, 2001) (8) Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão (1879-1956), médico, ingressa no Instituto de Manguinhos em meados de 1903, onde passa a desenvolver estudos relacionados ou relativos à doença de Chagas, malária, leishmaniose, varíola, febre amarela, entre outros importantes trabalhos, como os de carrapatos, assumindo, em 1942, a direção do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) (PROSSIGA, 2007); (9) Mário Beaurepaire Aragão, foi pesquisador do Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz) e, além disso, especialista em questões de ecologia (OLIVEIRA, 1986); (10) José Rodrigues Coura (1927), médico, professor da cadeira de clínica de doenças tropicais e infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e de outras universidades, chefe do Departamento de Medicina Tropical do IOC, diretor do IOC, vice-presidente de Pesquisa da FIOCRUZ, membro titular da Academia Nacional de Medicina (SCHALL, 2001). (11) Aluizio Prata, médico, parasitologista, publicou vários estudos relacionados à esquistossomose, doença de Chagas e malária. Atualmente é professor da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (LATTES, 2007); (12) Carlos Chagas Filho (1910-2000), médico, biofísico, professor, criou o Instituto de Biofísica, hoje Instituto Carlos Chagas Filho/UFRJ, sendo membro de várias academias, foi presidente da Academia de Ciências de Ciências da América Latina e da Academia Pontifícia de Ciências do Vaticano e da Sociedade Brasileira de biofísica, além de pesquisador do CNPq (SCHALL, 2001; SBHM, 2007).

direção ao espírito, e com um espírito que se vê nos limites impostos pelo próprio do corpo. A Antropologia, o estudo da Nutrição, a alimentou, e o carinho do pai, médico do exército, a despertava para as marcas da alimentação precária, para as questões do Ambiente e da Natureza que vão desenhando o andar humano e a própria corporalidade”.

E comenta:

“Ela com um cuidado imenso dizia: somos nosso corpo. Depois acrescentava: corpo em presença apresentado ao outro, em relação com o mundo, com os demais, com o que é vivo, com o que o limita” (VALADARES, 1999).

Chega à conclusão que corrobora com os nossos objetivos, quando diz que:

“Infelizmente não tivemos na Saúde a sorte que os educadores sempre tiveram na Educação. Não temos documentada essa riquíssima experiência de Hortênsia” (VALADARES, 1999).

II.2 Três momentos na trajetória de Hortênsia de Hollanda

Dos depoimentos coletados para este estudo e em relação à leitura do currículo anteriormente exposto, três momentos da vida profissional Hollanda se destacam: o seu ingresso no DNERu, a pesquisa realizada com populações das áreas endêmicas de esquistossomose e doença de Chagas, no nordeste do Brasil (Varjão e Mandacarú, bairros do interior de João Pessoa, Paraíba) e a pesquisa de Capim Branco. Sobre estes vale relembrar um pouco do que representaram.

II.2.1 O ingresso de Hortênsia de Hollanda no DNERu

Como escrito anteriormente, em meados da década de cinquenta, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) usufruía de alto prestígio conquistado com o sucesso na luta contra a malária no Brasil e neste período Hortênsia ingressa na instituição. O então diretor e Ministro da Saúde, Dr. Mário Pinotti recebia recursos consideráveis destinados ao Programa de Combate à Malária, e que também deveriam estender-se à esquistossomose e outras doenças.

Como mostra Bernadete Lobato^B:

“Hortênsia contava que desde que entrou para o DNERu, quando o Pinotti era ministro, na época do Juscelino, que o Ministério da Saúde recebeu um impulso muito grande, financeiro e a presidência esperava muito deste ministério. Com o Pinotti, o DNERu estava em ebulição, crescendo e Hortênsia foi descoberta por Pinotti que a jogava por todo o Brasil para cumprir as missões que ele delegava. Ela contava que, às vezes, estava num jantar, e o Pinotti chegava e dizia para ir para casa arrumar a maleta, pois amanhã, às tantas horas ela deveria ir para algum lugar”.

No DNERu, Hollanda ingressa com a incumbência, um tanto genérica, de observar o trabalho desenvolvido e oferecer propostas de educação em saúde que contribuíssem para a eficácia do Programa de Controle da Malária (HOLLANDA, 1996). Na entrevista coletiva⁵ a educadora relata:

“Encontrei o Dr. Pinotti numa situação social, um jantar em que estava também Carlos Chagas Filho. Ele (Pinotti) estava procurando uma educadora sanitária, precisava de educação sanitária para acabar com a esquistossomose e então Carlos Chagas disse que ele estava diante de uma, eu (Hortênsia). Ele perguntou se eu era educadora sanitária e respondi que estava nesta área. Pinotti pediu que eu fosse à Malária (Sede do Programa). A idéia que ele tinha de educação sanitária não era a mesma minha, mas houve diálogo, porque Pinotti ouvia e aceitava o que se dava como resultado de trabalho”.

Os índices elevados da malária, por essa época, tinham baixado e isso atribuía-se ao modelo então adotado. Pensava-se, pois, adotar o mesmo procedimento na luta contra a esquistossomose.

A preocupação inicial de Hollanda foi conhecer como se realizavam as Campanhas na base local, como eram formuladas suas diretrizes, a direção, os resultados. Observava as condições e as ações locais, dialogava com os agentes e com as pessoas da comunidade. Observava o meio ambiente e procurava relacionar o que via – as práticas adotadas e seus resultados. Trouxe à direção do DNERu, composta por médicos voltados para a área de saúde pública, as informações recolhidas (HOLLANDA, 1996).

Refletindo sobre seu trajeto profissional, Hollanda relata que passa a expor parte mais expressiva de sua contribuição profissional na área de educação em saúde, uma vez que representou o esforço para uma modificação dos enfoques adotados. Assim Hollanda (1996) afirma que:

“Este momento marca o início de um novo processo de formação e práticas de educação em saúde, revelando os princípios fundamentais das ações com as quais estive comprometida no campo da saúde”.

As informações reunidas por Hollanda e encaminhadas aos responsáveis pelo DNERu e sua programação, criaram um confronto de opiniões e conceitos de abordagem dos problemas de saúde e de práticas educacionais. Ao apresentar suas propostas para o DNERu, Hollanda acabou por sugerir uma modificação radical dos procedimentos até então adotados. Um dos principais aspectos envolvia a

⁵ Entrevista coletiva já citada, realizada por Virgínia Torres Schall, em 1998, intitulada: “Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde”.

participação diferenciada da população alvo da campanha, e, para tanto, a formação dos agentes de saúde. Assim Hollanda (1996) propunha:

“no nível de execução de ações locais, atingindo o processo de formação de agentes, abrindo espaço para a participação das populações envolvidas, considerando o meio ambiente; no nível de direção para a integração de educadores no corpo técnico do departamento”.

A reincidência das endemias revelava a pouca eficácia das campanhas que, em curto prazo, sugeriam sucessos promissores. Mas vencer resistências à mudança de enfoque em programas que tinham forte repercussão nacional, mobilizavam a imprensa, o país e tinham apelo político, não era tarefa fácil. Evidências de resultados imediatos são sempre sedutoras. Para enfrentar tal situação, Hollanda começou a realizar um lento e persistente trabalho, organizando equipes multiprofissionais, o que abriu caminho para a reformulação ambicionada. Como mostram as FIG. 5a, 5b e 5c, a equipe possuía formação interdisciplinar.

Uma das preocupações da educadora era descobrir como quebrar a mentalidade rígida e disciplinada dos agentes de saúde, que os conduzia a uma visão fragmentada da realidade, produto de um processo de formação típico da época. Segundo Hollanda (1996):

“Eles cumpriam seu papel institucional junto às populações, alguns com heróica valentia, em áreas de extrema pobreza, gerando expectativas e atitudes de receber e esperar”.

Outra preocupação voltava-se para a direção do próprio departamento, que acompanhava às vezes com ceticismo os trabalhos desenvolvidos. Em seu relato, descreve:

“era difícil substituir a expectativa de resultados rápidos, via aplicação de medicamentos, por processos de mudança comportamental mais lentos, embora duradouros” (HOLLANDA, 1996).

Centrava grande parte dos objetivos nos treinamentos de equipes para o DNERu, que em sua concepção, deveriam conter instrumentos intelectuais de formação que estimulassem a capacidade de descobrir, pensar e inventar. Era importante promover oportunidades de escolha e decisão diante de situações problemáticas de saúde. Os cursos não seriam locais de reunião de professores ou de alunos e agentes em torno de um currículo. Eles deveriam representar uma situação de “desaprendizado inicial”, de descobertas de novas realidades que permitissem reconhecer os problemas de saúde em uma nova ótica e a “enxergar” melhor as populações e seus problemas, seus dilemas de sobrevivência e modos de lidar com eles.

A proposta era de trabalhar com as populações num esforço para compreender suas próprias percepções da realidade e das questões relativas à saúde. Neste cenário, os agentes procurariam inserir os conhecimentos específicos sobre a prevenção/cura/melhoria das condições de saúde, realizando os mapeamentos locais necessários à sua intervenção. As técnicas de abordagem local resultariam desse processo de formação e seriam permanentes ao longo da condução dos projetos de luta contra as endemias e no empenho pelo envolvimento das populações para o alcance dos objetivos identificados. A dinâmica do relacionamento agente/pessoas e populações/projeto institucional realizava-se mediante o processo participativo de cada um desses componentes, cabendo ao agente o papel principal de “criador de situações” que conduzisse, no nível local, à melhoria dos padrões de saúde desejada. Os processos de formação nos cursos se completavam com experiências de campo.

Pode-se dizer que estes foram os traços que Hollanda incluiu em suas propostas de reformulação de treinamentos para o DNERu e que se mostram importantes para efetivar a prática participativa e ampliar a discussão sobre a importância do processo educativo compartilhado com a população.

RELAÇÃO DO PESSOAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA NO DNERU: -

NOME	FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO SANITÁRIA	FORMAÇÃO BÁSICA	LOCALIZAÇÃO
Hortênsia Hurlpia de Hollanda	- Curso de Introdução à Educação Sanitária e Saúde Pública - Esco-la de Saúde Pública - Chile. - Curso de pos-graduação de Saú-de Pública e Educação Sanitária-Universidade da Califórnia -USA; - Treinamento em produção e ava-liação material educativo. USA.	-Curso de Nutrição - Universidade de do Brasil. -Curso e educação de Adultos- Secretaria Educação - GB. -Curso de Pedagogia.	Diretoria Geral -DNERU
Aracy Mesquita de Souza	-Master em Saúde Pública e Educa-ção Sanitária-Universidade de Puerto Rico.	-Curso Normal (Professora) -Curso Serviço Social - PUC -	Seção de Educação Sani-tária do DNERU, Direto -ria Geral-
Maria José Pedrosa de Araujo	-Treinamento no DNERU (2) -Curso de pos-graduação em Educa-ção Sanitária em Saúde Pública - Faculdade de Higiene - S.Paulo	-Curso de Letras da Faculdade de Filosofia de Pernambuco.	Belo Horizonte-Minas Ge-raís.
Maria de Lourdes Almeida	-Treinamento no DNERU (2). -Curso de pos-graduação de Educa-ção Sanitária em Saúde Pública - Faculdade de Higiene-São Paulo.	-Curso de Letras - Faculdade de Filosofia - Alagoas	Maceió - Alagoas
Maria Auxiliadora Galvão	-Treinamento no DNERU (1) -Curso Artes Gráficas do III Semi-nário Latino Americano. -Curso de Comunicações - Turrialba Costa Rica. -Terminando o Curso de Educação Sa-nitária na Universidade de Porto Rico.	-Curso de Geografia da Facul-dade de Filosofia de Alagoas -Bacharel em Direito - Facul-dade de Alagoas.	Seção de Educação Sani-tária da Diretoria Ge-ral do DNERU.
Dulce Hurlpia Drewes	-Curso de Educação Sanitária da Universidade de Porto Rico.	-Curso Secundário	São Paulo
Marlene Buchholz Espírito Santo	-Treinamento do DNERU (2) -Curso de Técnicas de Inquérito Alimentar da FAO	-Curso de Letras da Faculdade de Filosofia de Alagoas	Seção de Educação Sani-tária da Diretoria Geral do DNERU.

FIGURA 5a – Digitalização do documento “Relação do pessoal de Educação Sanitária no DNERU”.

Angelina Leite Ribeiro Garcia	-Treinamento do DNERu (2) -Treinamento em metodologia de Educação Popular - França	-Curso de Serviço Social da PUC.	Belo Horizonte - Minas Gerais
Persides Dourado de Araujo	-Treinamento do DNERu (2) -Curso de Artes Gráficas do III Estágio Latino Americano. -Curso de Artes Aplicadas do SENAI	-Curso de Geografia da Faculdade de Filosofia da Universidade do Rio de Janeiro. -Curso Pedagógico	Seção de Educação Sanitária da Diretoria Geral do DNERu. Brasília - Distrito Federal
Selva Sampaio Schimidt	-Treinamento do DNERu (7) -Curso de Comunicações, Turrialba - Costa Rica.	-Curso Comercial	Fundação da Escola Nacional de Saúde Pública-GB.
Lenita Peixoto de Vasconcelos	-Treinamento do DNERu (2) -Curso de Administração e Saúde Pública - Universidade do Chile	-Curso de Serviço Social da Universidade do Ceara.	Duas Barras - Estado do Rio.
Maria Tereza Cruz Habib	-Treinamento do DNERu (1) -Treinamento especial em Comunicação audiovisual - Indiana - USA	-Curso de Serviço Social da Faculdade do Maranhão.	São Luiz - Maranhão
Benedita Barbosa Lima	-Treinamento do DNERu (2) -Curso de Técnicas de Educação em Saúde (4 meses) FENSP	-Curso Secundário	João Pessoa - Paraíba
Maria Amável Vilar dos Santos	-Treinamento do DNERu (2) -Estágio em Educação Sanitária na Faculdade de Higiene de S. Paulo.	-Curso Comercial	João Pessoa - Paraíba
Carmem Coeli da Silva Moreira	-Treinamento do DNERu (2) -Curso de Educação Domestica e Extensão Agrícola da OEA - Uruguai	-Curso Comercial	João Pessoa - Paraíba
Lêda Vilar de Gusmão	-Treinamento do DNERu (2) -Curso de Técnicas de Educação em Saúde (4 meses) FENSP.	-Curso de Letras da Faculdade de Filosofia de Alagoas.	Maceió - Alagoas
Maria Nise de Aragão Lisboa	-Treinamento no DNERu (2)	-Curso Serviço Social (AL.)	Maceió - Alagoas
Zilta da Silva Nogueira	-Estágio e Supervisão DNERu (AL.) -Curso de Técnicas de Educação em Saúde (4 meses) FENSP.	-Curso Científico	João Pessoa - Paraíba
M ^{te} Helena M. Cavalcanti de Albuquerque	-Treinamento no DNERu (2)		

FIGURA 5b – Digitalização do documento "Relação do pessoal de Educação Sanitária no DNERu".

NOME	FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO SANITÁRIA	FORMAÇÃO BÁSICA	LOCALIZAÇÃO
Josefa Paixão Santana	-Treinamento na CEM (1) -Curso de Técnicas de Educação em Saúde (4 meses) FENSP.	-Bacharel em Direito - Faculdade de Sergipe.	Aracaju - Sergipe
Maria Olga de Andrade	-Treinamento no DNERU (2)	-Curso de Letras na Faculdade de Filosofia de Sergipe	Aracaju - Sergipe
Maria Genoveva Moreira Sampaio	-Treinamento do DNERU (2)	-Curso de Filosofia da Faculdade de Filosofia - Alagoas	Friburgo - Estado do Rio
Noracy Ruiz de Souza	-Treinamento do DNERU (1) -Master em Sociologia Política da Universidade de Michigan -USA	-Curso de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia de Minas Gerais	Fundação Getúlio Vargas - GB.
Maria Conceição Lima F. Carvalho	-Treinamento do DNERU (2)	-Curso de Pedagógico	Montes Claros - Minas Gerais
Maria Zélia Dália Costa	-Treinamento do DNERU (2)	-Curso de Odontologia da Universidade da Paraíba	João Pessoa - Paraíba
Maria Augusta Menezes	-Treinamento do DNERU (2)	-Curso Científico	Brasília - Distrito Federal
Alice Montandon Silva	-Visitadora Sanitária -Treinamento no DNERU (1) -Curso de Técnicas de Educação em Saúde (4 meses) FENSP	-Curso Secundário	Belo Horizonte - Minas Gerais
Miralá Maria Moreira Figueiredo	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso Secundário	Aracaju - Sergipe
Calcedônia Leitão Evangelista	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso secundário -Curso Administração - Fundação Getúlio Vargas.	Belém - Pará
Miriam Souto Maior	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso Ginásial	Aracaju - Sergipe
Maria Ariene Argolo de Moraes	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso Pedagógico	Recife - Pernambuco
Ireny Apóstolo Ferreira	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso de Contabilidade -Curso de Ciências Econômicas - Faculdade de Sergipe.	Aracaju - Sergipe
Terezinha Lima de Almeida	-Curso de Letras da Faculdade de Filosofia de Alagoas	-Treinamento no DNERU (1) -Curso de Educação de Base	Maceió - Alagoas
Yeda Guimarães Ians	-Treinamento da CEM (1) -Curso de Técnicas de Inquérito Alimentar (FAO) -Estadante de nutrição	-Curso Pedagógico	Miterói - Estado do Rio
Noêmia Quezado de Luna	-Treinamento no DNERU (1)	-Farmacêutica (Ceará)	Fortaleza - Ceará
Diva Vitória Cardim	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso Pedagógico	Recife - Pernambuco
Alexandrina Maluf Dabul	-Treinamento no DNERU (1)	-Curso Social Rural (Paraná)	Curitiba - Paraná
Vera Braga de Souza Teixeira	-Treinamento na CEM (1)	-Curso Pedagógico	Seção de Educação Sanitária da Diretoria Geral do DNERU.

FIGURA 5c – Digitalização do documento "Relação do pessoal de Educação Sanitária no DNERU".

II.2.2- A pesquisa de Varjão e Mandacarú

Desde o início do século XX, com a descrição dos primeiros casos de esquistossomose mansoni no país, pelo médico Manoel Augusto Pirajá da Silva (PIRAJÁ DA SILVA, 1908), até aproximadamente meados da década de 1950, a maioria dos estudos realizados sobre a doença diziam respeito à localização de áreas de ocorrência e à procedência dos doentes, construindo resultados que se mostravam parciais. Frente à carência de dados, os sanitaristas Amílcar Barca Pellon e Manoel Isnard Teixeira, da Divisão de Organização Sanitária (DOS), órgão vinculado ao então DNS, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, planejaram a realização de um inquérito que elucidasse a incidência das helmintoses, as quais representavam um grande problema para o país. Assim, em agosto de 1950, Pellon e Teixeira publicam o mais completo inquérito de distribuição da esquistossomose mansônica no Brasil.

No nordeste, a esquistossomose atingia índices hiperendêmicos em todas as regiões onde funcionavam as usinas açucareiras. Segundo Martins (1978) Samuel Pessoa, que desde meados dos anos 1930 atuava em campanhas sanitárias e pesquisas básicas no nordeste brasileiro, principalmente Pernambuco, escreve em 1949 o livro “Problemas brasileiros de Higiene Rural”, onde apresenta seus principais argumentos quanto à relevância da ocorrência de doenças parasitárias no interior do País, as quais, diferente do que pensavam as autoridades, tratavam-se de grandes problemas sanitários e não meras curiosidades nosológicas, necessitando de uma intervenção urgente do poder estatal, fosse através de pesquisas básicas ou aplicadas.

No curso de suas primeiras visitas às áreas endêmicas de esquistossomose no nordeste do Brasil, Hollanda conheceu o trabalho de tratamento e estudo da esquistossomose que vinha sendo realizado pelo Professor Samuel Pessoa (da Faculdade de Medicina da USP), com o apoio e ajuda do DNERu.

Atendendo à sugestão do Professor Pessoa, Hollanda iniciou em Varjão e Mandacarú, dois bairros de João Pessoa, Paraíba, na década de 1960, uma ação de envolvimento das populações locais em um levantamento das condições de vida e saúde e das percepções que os habitantes tinham de sua própria situação. Foi montado um inquérito com o objetivo de reunir dados sobre as condições de vida e o conceito que as populações da comunidade formavam em relação a esquistossomose, uma helmintose de importância exponencial nos quadros da

saúde pública daquela época no nosso país. Nas FIG. 6a e 6b mostramos cópia digitalizada de um dos documentos encontrados no inventário de Hollanda, e que, ao que tudo indica, é o inquérito que foi utilizado para a coleta das informações relativas à esquistossomose.

O inquérito abordava seis principais tópicos: a- Comportamentos relativos à esquistossomose; b- Comportamento em relação as doenças; c- Destino dos dejetos; d- Fontes e proteção dos abastecimentos; e- Habitação; e um último tópico não numerado intitulado Profissão do Chefe da Família – Renda familiar: Situação social.

Em um texto anteriormente citado, intitulado “Economia e Alimentação no Nordeste, em áreas de esquistossomose: dados de um inquérito em dois bairros populares de João Pessoa, Paraíba”, em parceria com Dante Costa, Hollanda revelou alguns aspectos da influência do fator econômico na alimentação de “classes pobres do nordeste Brasileiro”. Neste texto, descrevem a área do estudo, os bairros de Mandacarú e Varjão⁶ (FIG. 7). Sendo este o único documento encontrado com a descrição de detalhes das áreas, dele faremos a transcrição das seguintes partes:

“Os bairros de Mandacarú e Varjão ficam situados respectivamente ao Norte e ao Sul da cidade de João Pessoa, distantes aproximadamente 15 minutos do centro da cidade, de automóvel, nas duas direções.

Mandacarú é servido de transportes – bondes, ônibus e lotação – possui duas escolas primárias do Estado, três outras, também primárias da Prefeitura Municipal, cinema, etc. Ali vivem pouco menos de 10.000 habitantes, com grande predominância de operários, vendedores ambulantes, pequenos comerciantes e lavadeiras, das quais só uma pequena minoria utiliza para o trabalho profissional uma Lavanderia Pública provida de 20 tanques, pertencentes à Prefeitura, dirigindo-se a grande maioria delas para a beira do rio, onde exercem seu ofício. Há também banheiros públicos, que só funcionam uma vez por semana; as informações sobre a razão de ser desse procedimento foi contraditória: populares informando que o motivo seria a falta de água; autoridades locais explicando que o fechamento fora imposto pelas depredações que vinham sendo feitas nos banheiros pela população, ainda não suficientemente instruída no uso cotidiano do equipamento sanitário. Há também banheiros públicos, explorados por particulares, funcionando em casas residenciais, cujos proprietários retiram água de poços que fizeram construir, vendendo cada banho a 30 centavos, à vista; vendem latas de água para uso à domicílio, também por 20 a 30 centavos a unidade. Há diversos córregos e vales que são procurados pela população, inclusive para lavagem de roupa, não havendo rede de abastecimento de água.

⁶ O texto ainda informa que o inquérito foi realizado por cinco educadoras sanitárias, previamente instruídas e treinadas. As educadoras fizeram duas visitas à cada família, em Mandacarú, e uma em Varjão. O questionário era pacientemente desenvolvido e anotadas as respostas, dadas em geral pela dona de casa. As visitadoras frequentemente inspecionavam a cozinha e às vezes até as panelas e os utensílios onde se guardava a água de consumo. Praticamente um quinto da população foi recenseado, em cada bairro, pois todas as ruas de Mandacarú e Varjão foram incluídas no inquérito, que era realizado de cinco em cinco casas habitadas. Os limites da área coberta foram os mesmos da planta cadastral da municipalidade.

Há uma capela católica, uma protestante e um centro espírita; há dois clubes, um recreativo e outro de futebol.

Nesse bairro, 82,4% dos habitantes possuem cozinha em aposento próprio (de acordo com nosso censo) e só 7% não possuem, na casa, aposentos para essa utilidade.

Das 239 famílias recenseadas, 144 (60,2%) usavam fogão de barro, 20 (8,3%) fogão de tijolos, 17 (7,1%) usavam trempe de tijolos, espécie de fogão primitivo feito com quatro tijolos, soltos, sobre os quais se coloca a lenha para combustão, usando-se a panela de barro diretamente sobre a lenha. Às vezes tais trempes eram feitas de pedras. O tipo de habitação predominante é o de taipa, isto é barro sobre entrelaçado de madeira, com cobertura em geral de palha, sendo as condições de asseio no lar bastante precárias.

Quanto a Varjão, situado em direção oposta a Mandacarú, não é servido por transporte regular, locomovendo-se a sua população a pé, até suas modestas casas, a partir de uma praça que é ponto final de condução. Além disso é bairro de topografia acidentada com grande parte da zona residencial localizada no alto da ladeira íngreme.

Possue as seguintes instituições comunitárias: capela católica, posto policial, três escolas primárias municipais, um clube recreativo, que funciona todos os domingos, no salão de bilhares, com orquestra própria. Projeta-se a criação de um Núcleo do Serviço de Assistência Social do Estado, com a cooperação do Serviço Nacional de Malária.

Varjão possui aproximadamente 5.000 habitantes, na maioria operários de construção civil, pedreiros, vendedores ambulantes, lavadeiras, etc. Não possui lavanderia pública, o que obriga as lavadeiras a utilizarem de um “paul”, cujo veio de água é represado, uma vez por semana, pelo proprietário do terreno, que cobra 1 cruzeiro por dia de cada lavadeira para permissão de lavar ali, mesmo na água suja, velha de uma semana. O bairro é dotado também de alguns banheiros públicos, instalados em casas residenciais e explorados por seus proprietários, que cobram 30 a 50 centavos por banho, este último preço reservado apenas a uma das instalações, a que possui depósito de água aéreo, com instalação de um chuveiro rudimentar. Há venda de latas de água, como no outro bairro. Há também muitas valas e olhos de água, derivados do Rio Jaguaripe, que corta toda a parte baixa do bairro.

Em Varjão, 80,4% dos habitantes possuem cozinha em aposento próprio, improvisando-a no quintal sob forma primitiva. Das 143 famílias recenseadas em Varjão 105 (73,4%) usavam fogão de barro, 8 (5,5%) usavam fogareiro, 8 (5,5%) usavam trempe; 6 (4,1%) usavam fogão de tijolos; 3 (2,0%) fogão de lata; 2 (1,4%) usavam fogão de pedra e só 2 (1,4%) de alvenaria. Uma casa não possuía fogão.

Como foi dito, ambos os bairros são habitados por população muito pobre, porém Varjão apresenta indicações maiores de pauperismo e abandono social. Em Mandacarú, uma escassa minoria de pequenos comerciantes e funcionários públicos tem sua moradia em meio à grande massa de moradores de poder econômico muito precário, ao passo que Varjão apresenta nítida homogeneidade nos quadros de miséria de sua população”.

Após o levantamento e discussões sobre a situação revelada, Hollanda iniciou um processo de envolvimento da população nas discussões de projetos de melhoria das condições ambientais relacionadas com a existência da esquistossomose. Ao que os depoimentos colhidos indicam, o trabalho de Hollanda iniciou como um programa de profilaxia baseado na educação da população para a adoção consciente de novos tipos de ajuste ao meio, começando pelas medidas elementares de remoção de dejetos, abastecimento de água e melhoria das

condições de higiene em geral e acabou crescendo com a oportunidade oferecida de participação da população (FIG.8, 9 e 10).

INQUÉRITO EM MANDACARU

ANO 1960

A. - COMPORTAMENTO RELATIVO À ESQUISTOSSOMOSE:

1- Quantas pessoas moram nesta casa ? _____

2- Quantas fizeram o exame de fezes no Posto ? _____

3- QUANTAS pessoas da casa com Schistosoma ? _____

4- Quantas começaram o tratamento ? _____ 5- Quantas interromperam ? _____

6- Quantas melhoraram ou ficaram curadas ? _____

7- Porque interromperam o tratamento ? _____

8- Pedir os cartões de matrícula e anotar os números:

Nº do Cartão:	Prometem voltar	Nao querem voltar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9- Que é a Esquistossomose ? _____

10- Como é transmitida esta doença ? _____

B. - COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AS DOENÇAS:

1- Quais as doenças que mais atacam o povo de Mandacaru ? _____

<u>DOENÇAS</u>	<u>SINTOMAS</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2- Porque existem estas doenças ? _____

3- Que faz o povo para ficar bom ? _____

C. - DESTINO DOS DEJETOS

1- Fossa: Sim _____ Não _____ Proprietário _____ DNERu. _____

C/casinha _____ Sem casinha _____

Onde bota o papel servido ? _____

As crianças usam a fossa ? _____ Vão ao mato? _____ Usam vaso? _____

2- Destino do lixo? _____

D - FONTES E PROTEÇÃO DOS ABASTECIMENTOS :

1- ONDE APANHA A ÁGUA ?

Cacimba coberta revest. rio Chafariz ou lavand.

Beber _____

Gasto _____

FIGURA 6a – Digitalização do documento "Inquérito em Mandacará – Ano 1960"

Lavar roupa _____
Banho _____

2- ONDE GUARDA ÁGUA DE BEBER ? _____
Observações: _____

E. - HABITAÇÃO:
Cobertura: _____ Parêdes _____ Piso: _____
PROFISSÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA - RENDA FAMILIAR : SITUAÇÃO SOCIAL

1 - Onde trabalha o chefe da família ? _____
2 - Ele ganha o salário mínimo ? Sim _____ Não? _____ (R)
3 - Há quanto tempo mora em Mandacarú ? _____
4 - Quais as melhorias nêstes últimos 5 anos, no bairro ? _____
5 - Conhece algumas sociedades ou pessoas que trabalharam para conseguir estas melhorias ? Quais ? _____

6 - Que está faltando ainda para melhorar esta localidade ? _____

7 - Que faz o DNERu ? _____
8 - Que acha dos trabalhos do DNERu? _____

Observações: _____

VISTO
DR. DUSTAN MONTEIRO
Chefe da Circunscrição

FIGURA 6b – Digitalização do documento "Inquérito em Mandacarú – Ano 1960"



FIGURA 7 – Foto "Aspectos do bairro de Mandacarú", 1956 (data provável).



FIGURA 8 – Foto à esquerda “Fossa construída em cooperação com o serviço e orientada pelos membros da Equipe de Varjão, 20 de outubro de 1956”.



FIGURA 9 – Foto à direita “Campanha de melhoria da habitação, João Pessoa, 1959”.

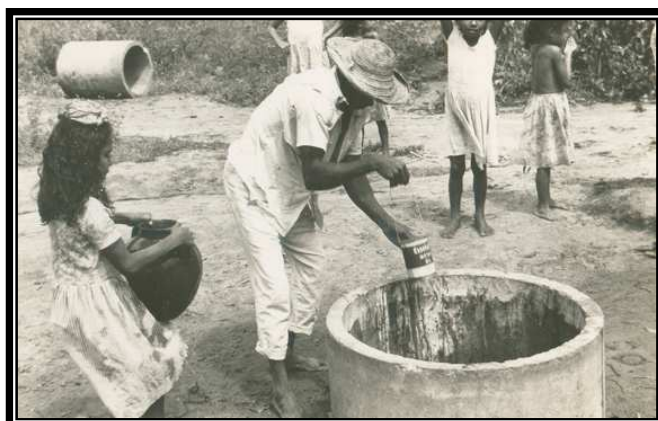


FIGURA 10 – Foto “Campanha de Cacimbas. João Pessoa, Paraíba”, 1959 (data provável).

Acreditamos que Hollanda compartilhava a idéia de que não há fundamento psicológico para superar o interesse e a ação do povo na execução de medidas em cujo planejamento ele não tenha qualquer participação. Esta sempre foi a principal motivação na educação de adultos e na realização dos programas de desenvolvimento da comunidade. É através da discussão de um problema comum, em seus vários aspectos, de escolha de caminhos para sua solução e, finalmente, através da execução das medidas propostas, que se processa a mudança de atitudes e comportamentos (FIG 11 e 12).



FIGURA 11 – Foto “Aula de corte e costura. Grupo de senhoras Mandacarú. João Pessoa, Paraíba”, 1956 (data provável). Segundo Angelina Garcia^A, quem ensina corte e costura, ao centro, é Carmem Coeli da Silva Moreira, educadora em saúde que atuava em João Pessoa, Paraíba, e que tinha como formação, além do treinamento do DNERu, o curso de Educação Doméstica e Extensão Agrícola numa instituição do Uruguai.



FIGURA 12 – Foto “Aspectos de uma reunião da Equipe Familiar de Mandacarú. João Pessoa, Paraíba”. 1960 (data provável). Segundo Angelina Garcia^A, a primeira senhora, sentada da esquerda para direita, é Maria Sapateira, pessoa-chave na comunidade, e a quinta é Lêda Vilar de Gusmão, educadora em saúde que atuava em João Pessoa, Paraíba.

Certamente os grupos de moradores receberam dos técnicos e das educadoras sanitárias não apenas conhecimentos específicos sobre a doença, sua prevenção e combate, mas principalmente, o estímulo e o impulso para a tomada de consciência do papel que lhes cabia no progresso e bem-estar da coletividade.

Vê-se que ainda hoje o que Hollanda mostrava na década de 1960 não é aceito consensualmente nas áreas decisórias da educação em saúde pública, e

muito menos em senso comum - a constatação de que por mais importante que seja o conhecimento, a decisão em colaborar eficientemente em campanhas de profilaxia só é tomada pelo povo depois que as pessoas identificam essa colaboração como fonte de satisfação psicológica: prazer de integrar um movimento socialmente prestigiado, a consciência do valor da contribuição pessoal, o estímulo da associação e da aprendizagem.

Hortênsia forma com várias educadoras em saúde um grupo de trabalho para desenvolver sua proposta em Varjão e Mandacarú. Lenita Vasconcelos^F, uma das participantes deste estudo relata sobre a formação do grupo:

“Da turma, em João Pessoa, eu gostei de todas, era muito legal, foram todas selecionadas e treinadas pela Hortênsia. Nessa turma estavam a Regina Figueiredo, que era assistente social, a Zélia, que estava fazendo curso de odontologia, Maria Amável, a Masinha, que era professora, Leda que também era professora. Acho que haviam outras, mas não lembro. Tinha também a Selva Sampaio...”.

Este grupo de trabalho forma então as equipes de moradores, que organizados para a discussão do problema da esquistossomose e outras helmintoses, e sua relação com os modos de viver da população, reuniam-se semanal ou quinzenalmente com as educadoras e, eventualmente, com o médico e outros técnicos. Essas equipes de moradores, junto com as educadoras, iniciaram a sua atuação com projetos simples, destinados a atender algumas necessidades expressas, tais como a construção de um poço, a organização de uma festa popular, entre outros. O estímulo retirado desses primeiros projetos realizados levou-as a empreendimentos maiores, que implicaram na colaboração dos demais moradores (FIG.13, 14, 15 e 16). Tal fato pode ser comprovado com a publicação, no diário oficial de João Pessoa, dos Estatutos da Equipe Familiar de Mandacarú, com a finalidade de trabalhar para o progresso da comunidade (FIG. 17a, 17b e 17c).

Um documento localizado no inventário de Hortênsia de Hollanda, intitulado “A educação e a ajuda para medidas de saneamento nas comunidades estáveis”, datilografado em papel timbrado do MS/DNERu, mas sem data, mostra a efetividade das campanhas propostas e a extensão alcançada das experiências de educação em saúde para o controle da esquistossomose nas comunidades de Varjão e Mandacaru. Traz escrito que:

“(…) As campanhas de fossas, quando lançadas por esses grupos, alcançaram em média 2 anos de trabalho, 70% das habitações, mesmo em localidades com 10.000 habitantes. Tais resultados – levando-se em consideração a pobreza, a precariedade dos recursos assistenciais e educacionais das comunidades, e as modestas verbas destinadas a essa medida de profilaxia – podem ser consideradas excelentes.

(...) Os resultados obtidos em dois anos, com redução de 50% do índice de infecção humana na população total (de 53.8% para 26%, em Varjão, e de 70% para 35% em Mandacarú), e mais de 70% de casas com fossas higiênicas, construídas pelos próprios moradores, recomendaram a multiplicação de tais núcleos de trabalho nas áreas de alta endemicidade.”

Esse trabalho durou cerca de 10 anos e até recentemente era lembrado pelos moradores que desde aquele tempo permaneceram no local.

Em um dos depoimentos colhidos Bernadete Lobato^B conta que numa viagem, em 1996, a João Pessoa, visita Varjão e Mandacarú, curiosa por “conhecer esse povo, esses locais e trabalhos”. Assim relata:

“Me levaram para ver. Estava lá a caixa de água, a sede, o posto de saúde. E eu visitei uma família em que conheci três gerações desse trabalho: a avó, a filha e a neta. Essa moça que era a filha na época tinha a idade da filha (neta) quando eu estive lá, estava em idade escolar. Ela participou desse projeto junto com a mãe (hoje avó) que eu conheci também e que me disse: ‘Olha esse foi um trabalho abençoado’. (...) Esse trabalho estava associado também a produção de alimentos. Hortênsia havia criado uma horta e nessa os escolares trabalhavam e o produto era dividido e levado para casa. Colhiam e levavam. Então ela disse que um dia não tinham nada para comer quando esta menina chega com uma braçada de legumes e verduras. (...) Da horta. Foi então um trabalho que deixou marcas”.

Foram assim lançadas as sementes de um trabalho pioneiro não só de educação e ação comunitária, mas também de auto-avaliação e desenvolvimento das equipes profissionais. Mandacarú e Varjão se tornaram campos experimentais para a capacitação e desenvolvimento de pessoal para a ação educativa em saúde.



FIGURA 13 – Foto “Equipe Familiar de Mandacarú – Festa com antigos participantes do clube”, 1967.



FIGURA 14 – Foto à esquerda “Equipe Familiar de Mandacarú. Inauguração da Escola. 1967. João Pessoa, Paraíba”. Segundo Angelina Garcia^A, ao centro Hortênsia de Hollanda e a esquerda, a educadora Lêda Vilar de Gusmão e Selva Sampaio Schimidt em momento solene de inauguração.

FIGURA 15 – Foto à direita “Equipe Familiar de Mandacarú. Inauguração da Escola. 1967. João Pessoa, Paraíba”. Segundo Angelina Garcia^A, ao centro Hortênsia de Hollanda, a direita da foto Selva Sampaio e entre as duas, a educadora Maria Amável Vilar dos Santos, importante pessoa no desenvolvimento dos trabalhos de Varjão e Mandacarú, em momento de comemoração.



FIGURA 16 – Foto “Equipe Familiar de Mandacarú. Inauguração da Escola. 1967. João Pessoa, Paraíba”. Segundo Angelina Garcia^A, inauguração da foto de Selva Sampaio Schimidt, mesma data em que a comunidade comemora a mudança do nome da escola para Escola Primária Selva Sampaio em reconhecimento pelos serviços prestados”.

DIÁRIO OFICIAL — João Pessoa — Domingo, 20 / 3 / 1960

7

Eu, escrivã Interina, datilografel e subscrevo.

Inácio Machado de Souza — Juiz de Direito

COMARCA DE ESPERANÇA

— EDITAL de citação com o prazo de trinta dias. — O Doutor Inácio Machado de Souza, Juiz de Direito da Comarca de Esperança, Estado da Paraíba, em virtude da lei, etc. . .

FAZ saber a todos que o presente edital de citação virem, que tendo sido iniciado neste Juízo, o inventário dos bens deixados por falecimento de Manoel Sebastião Francisco, pela inventariante Maria Antônia da Conceição, foi declarado que reside fora desta Comarca, a saber: herdeira: Francisca Severina de Conceição, residente a domiciliada no Estado do Ceará; pelo que ordenou que se passasse o presente edital com o prazo de trinta (30) dias, pelo qual fica citada a mencionada herdeira, para no prazo de cinco (5) dias, após aquele prazo, que correrá em cartório, vir dizer sobre as declarações de herdeiro e para todos os demais termos do processo, até final partilha.

Esperança, 16 de fevereiro de 1960.

Eu, escrivã Interina, datilografel e subscrevo.

Inácio Machado de Souza — Juiz de Direito.

COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA — Estado da Paraíba, Cartório do 2o. Ofício. EDITAL de citação a herdeiro ausente com o prazo de 30 dias. O Dr. Manoel Guimarães Ferreira, Juiz de Direito da Comarca de Catolé do Rocha, Estado da Paraíba, na forma da lei, etc. FAZ saber aos que o presente edital de citação a herdeiro ausente, virem ou notícia virem, que estando se processando neste Juízo e Cartório do 2o. Ofício, o arrolamento dos bens deixados por falecimento de Maria Muniz de Lima, falecida em seu domicílio no lugar, ou melhor na cidade de Jericó, desta Comarca, pelo inventariante Izaú Muniz de Oliveira, foi declarado achar-se ausente o herdeiro Laílas Muniz de Oliveira, residente no Estado de São Paulo, pelo que ordenei por despacho, se processasse o presente edital, com o prazo de trinta dias com o teor do qual chama e cita o herdeiro acima referido, para, no prazo de cinco (5) dias, após a última citação, dizer sobre as declarações do inventariante, ficando desde logo citado para todos os termos do referido arrolamento, até final sentença, sob pena de revelia. E, para que chegue ao conhecimento de todos, mandei passar este edital que será afixado no local público e de costume deste Juízo e publicado uma só vez no órgão oficial do Estado. Dado e passado nesta cidade de Catolé do Rocha, em 15 de Fevereiro de 1960. Eu, José Rodrigues, Escrevente, o datilografel. (a) M. Guimarães Ferreira — Juiz de Direito. Está conforme com o original: dou fé. Data supra. — O Escrevente José Rodrigues.

ESTATUTOS DA EQUIPE FAMILIAR DE MANDACARU

CAPITULO — 1 —

Da denominação, data de fundação, sede e finalidade

Artigo 1o. — Equipe Familiar de Mandacaru é a denominação da sociedade fundada em 2 de junho de 1955 e constituída por pessoas que, vinculadas pelos deveres, obrigações e direitos criados por estes Estatutos, se propõem trabalhar pelo progresso material e espiritual da comunidade residente na localidade que lhe empresta o nome.

Artigo 2o. — A Cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, é eleita sede e fóro jurídico da Equipe Familiar de Mandacaru doravante a qual nomeado simplesmente pela sigla EFM

Artigo 3o. — A EFM, tem por finalidade melhorar as condições de saúde do bairro de Mandacaru e promover e realizar campanhas e atividades educacionais artísticas, recreativas, beneficentes e sociais, tendo em vista o bem estar e desenvolvimento de seus sócios e de toda a comunidade.

§ único - Visando os fins cominados neste artigo a EFM, se propõe:

a) cooperar com a Circunscrição Paraíba, do Departamento Nacional de Endemias Rurais e com o Departamento Estadual de saúde Pública, nas campanhas por eles empreendidas;

b) promover festas, passeios e recreações para os sócios e suas famílias;

c) criar departamentos especializados

d) fundar artesanatos

CAPITULO — 2 —

Da qualidade, direitos e deveres dos sócios

Artigo 4o. — O quadro social da E.F.M. constituir-se-á de número limitado de sócios, sem distinção de sexo, cor, religião ou preferência política partidária

Artigo 5o. — Os sócios não responderão solidária subsidiariamente pelas obrigações assumidas pela E. F. M.

Artigo 6o. — Haverá as seguintes categorias de sócios:

a) Fundadores — as pessoas que tomaram parte na Assembleia Geral constitutiva da E.F.M. ou assinatura a ata dessa reunião.

b) Efetivos — as pessoas que se fizeram proferir por um ou mais sócios da E.F.M. no pleno gozo de seus direitos sociais e obiveram a aprovação da Comissão de Sindicância

c) Colaboradores — as pessoas que não sendo sócias da E.F.M. tenham lhe prestado colaboração julgada pela Diretoria digna de reconhecimento por esta forma.

d) Honorários — as pessoas que, estranhas à E.F.M. tenham contribuído para os cofres sociais com importância superior de R\$ 1.000,00.

e) Grandes Beneméritos — as pessoas estranhas e mesmo sócia da E.F.M. que houverem prestado serviço relevante e julgados pela Diretoria dignas da concessão de tal distinção.

Artigo 7o. — São direitos e deveres dos sócios.

a) votar e ser votado;

b) propor à Diretoria medidas que tenham como objetivo o progresso da E.F.M.

c) requerer beneficência quando for criado órgão para esse fim;

d) tomar todo interesse e participar nas campanhas de Saúde promovidas pelo DNERU e de mais órgãos competentes;

c) contribuir mensalmente com a quantia de Cr\$ 5,00.

f) comparecer às reuniões ordinárias e da Assembleia Geral.

CAPITULO — 3 —

Da administração e da competência dos Diretores

Artigo 8o. — Administrará a E.F.M. uma Diretoria eleita em Assembleia Geral, pelo período de um ano

FIGURA 17a — Digitalização do documento "Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru", publicado no Diário Oficial de João Pessoa, em 20 de março de 1960.

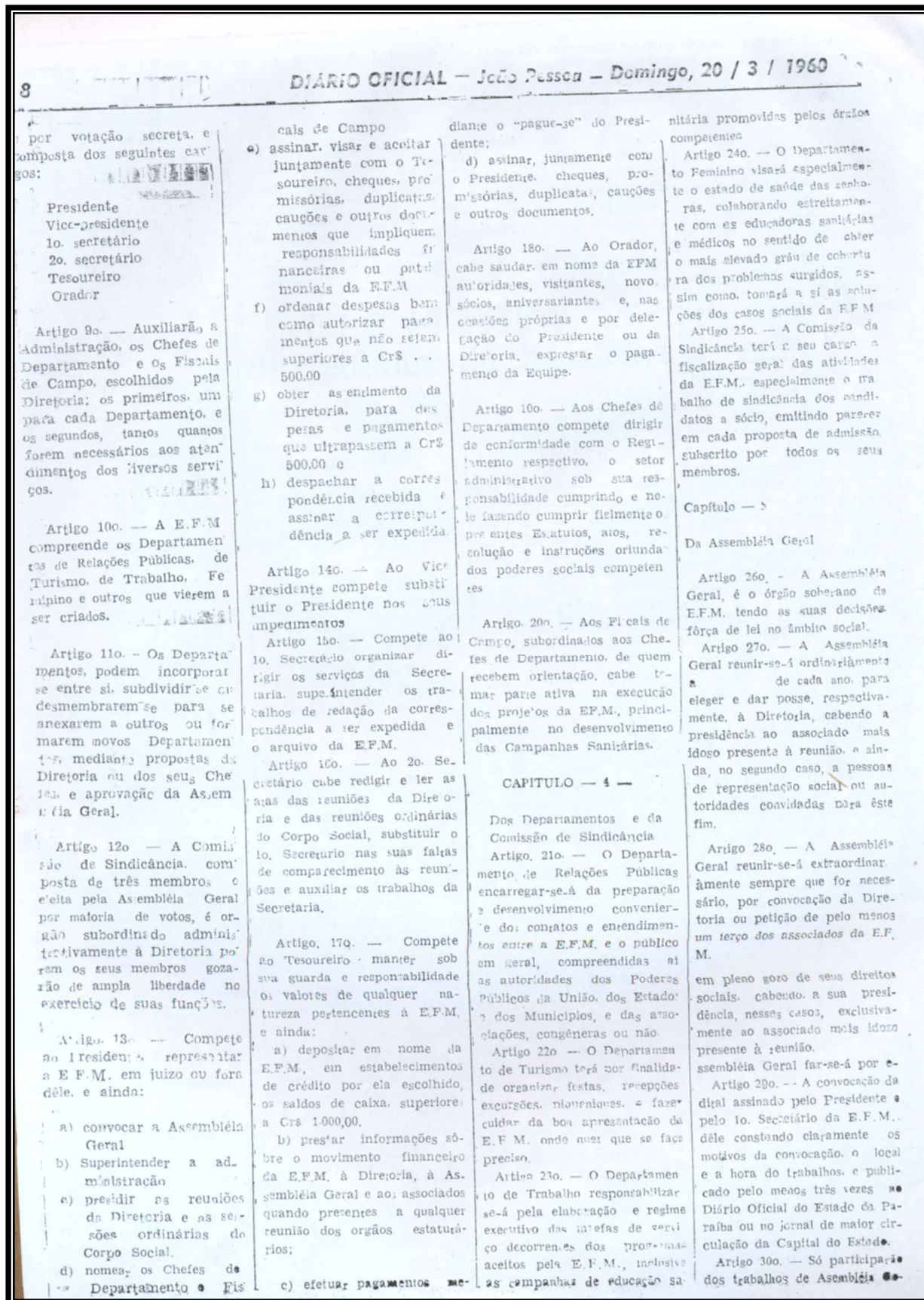


FIGURA 17b – Digitalização do documento "Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru", publicado no Diário Oficial de João Pessoa, em 20 de março de 1960.

DIÁRIO OFICIAL — João Pessoa — Domingo, 20 / 3 / 1960

ral, os associados quites com os cofres sociais.

Artigo 31o. — Compete à Assembleia Geral:

- a) eleger, destituir e dar posse a Diretoria;
- b) examinar, discutir e aprovar os relatórios, balancetes e contas da Diretoria;
- c) alterar estes Estatutos; e
- d) diminuir controvérsias e conflitos de jurisdição e legislar sobre qualquer assunto que possa suscitar modificações estruturais da E.F.M.

Artigo 32o. — A Assembleia Geral reunir-se-á em primeira convocação presentes pelo menos a metade e mais um dos membros do Corpo Social, e meia hora depois, em segunda convocação com qualquer número de associados.

Capítulo — 6

Do regime econômico e financeiro

Artigo 33o. — Constituem fontes de receita da E.F.M.:

- a) Contribuições mensais dos associados;
- b) doativos e legados;
- c) subvenções oficiais e particulares;
- d) coletas e angariações periódicas;
- e) juros de títulos e de depósitos, e as rendas produzidas pelos demais bens e valores que a E.F.M. possua e venha a possuir.

Artigo 34o. — Compreende-se como despesas da E.F.M.:

- a) pagamento de alugueis;
- b) expediente e material de escritório;
- c) custeio de serviços sociais;
- d) vencimentos honorários e demais encargos com empregados;
- e) benfeitorias e gastos de conservação, reparos da sede dos bens imóveis, móveis e utensílios que lhe pertencem; e
- f) demais encargos decorrentes da sua administração.

Artigo 35o. — O ano social e o exercício econômico e financeiro da E.F.M. coincidem com o ano civil.

Capítulo — 7

Das penalidades

Artigo 36o. — A perda do mandato de membro da Diretoria ou do conselho de sócio correrá por:

- a) falecimento;
- b) renúncia ou pedido de eliminação;
- c) ausência sem motivo justificado, a três reuniões consecutivas do Corpo Social ou Assembleia Geral;
- d) destituição ou eliminação.

Artigo 37o. — Todo associado que exercer atividade nociva aos interesses sociais, será sumariamente eliminado após a primeira advertência.

Capítulo — 8

Disposições Gerais

Art. 38o. — Os presentes Estatutos só poderão ser reformados após um ano de vigência, por votação de dois terços dos associados presentes à Assembleia Geral convocada especialmente para esse fim, podendo a iniciativa da reforma caber à Diretoria ou a um terço do Corpo Social.

Art. 39o. — Em caso de dissolução da E. F. M., o seu patrimônio será vendido e liquidado e, com o produto dessas transações, pagos seus débitos, se houver, sendo o restante entregue a uma instituição de caridade à escolha da Assembleia Geral.

Art. 40o. — Os presentes Estatutos entram em vigor na data de sua publicação.

Art. 41o. — Os casos omissos nestes Estatutos são resolvidos pela Diretoria, "ad-referendum" da Assembleia Geral, pelo Regimento Interno ou por atos e resoluções complementares.

A Comissão Redatora

Presidente — Getúlio Bezerra
Elizeu de Carvalho
Lulz Tiburcio
João Brasil

Os presentes Estatutos foram aprovados em Sessão de Assembleia Geral Constituinte realizada no dia 5 de maio de 1958, presidida pelo Dr. João Cavalcante, médico Assistente

da Chefia da Circunscrição Paraíba, do Departamento Nacional de Endemias Rurais e secretariada pelo Tenente da Reserva Remunerada do Exército Nacional, João Emídio de Lucena.

Ministério da Viação e Obras Públicas
DEPARTAMENTO NACIONAL DE OBRAS CONTRA AS SÊCAS
2.º Distrito
SERVIÇO DE OBRAS E EQUIPAMENTOS
Açude Particular "PEDROSA"
(Em Cooperação)

TÉRMO DE ACÓRDO firmado entre o Departamento Nacional de Obras Contra as Sêcas e o Sr. MANOEL GONÇALVES PEDROSA, para a construção em Regime de Cooperação, do açude particular "PEDROSA", no município de Cajazeiras, Estado da Paraíba.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de março do ano de 1960 (mil novecentos e sessenta), entre o Segundo Distrito do Departamento Nacional de Obras Contra as Sêcas, representado pelo Engenheiro Chefe do Segundo Distrito SERAFIM RODRIGUEZ MARTINEZ, representante do mesmo Departamento, por delegação do Sr. Diretor Geral, conforme Portaria n. 2-T, de 18 (dezoito) de maio de 1956 (mil novecentos e cinquenta e seis), publicado no Diário Oficial da República de 24 do referido mês e o Sr. MANOEL GONÇALVES PEDROSA, agricultor e criador no município de Cajazeira, deste Estado, e representado neste ato pelo seu bastante procurador o Sr. ANTÔNIO AIRTON GONÇALVES, residente neste Capital, conforme procuração anexa, fica justo e contratado pelo presente instrumento de acordo o seguinte:

DA CONSTRUÇÃO

CLÁUSULA I — O açude particular "PEDROSA", situado no município de Cajazeiras, deste Estado, será construído sob o Regime de Cooperação nos termos da Portaria n. 123-T, de 6 (seis) de novembro de 1959, publicada no Diário Oficial de 12/11/59, às páginas n. 23.884.

CLÁUSULA II — O Cooperante se obriga: a) a construir o açude e demais trabalhos em conformidade com o projeto aprovado e as exigências do "Caderno de Encargos" do Departamento Nacional de Obras Contra as Sêcas, ressalvadas as alterações autorizadas por escrito; b) a não gravar de ônus real, sem audiência do Departamento Nacional de Obras Contra as Sêcas, as terras onde será construído o açude; c) a fornecer gratuitamente água para as necessidades domésticas da população circunvizinha; d) a concluir as obras dentro do prazo de 19 (dezenove) meses consecutivos, prazo esse contado a partir do 30o dia após o registro deste Termo no Tribunal de Contas da União.

CLÁUSULA III — A título de garantia a que se refere o art. 15 da Lei n. 3.278 de 5 de outubro de 1957, far-se-á a retenção de 5% sobre o valor do auxílio total ou sobre as suas prestações para juntamente com a caução de Cr\$ 3.000,00 (CINCO MIL CRUZEIROS), já depositada nos termos do art. 31 da mesma Lei, integralizar a garantia exigida, sendo a sua restituição, após o término das obras efetuada mediante prévia autorização nos termos do item IX do art. 42, da Lei n. 3.301/59.

DO AUXÍLIO

CLÁUSULA IV — O auxílio será na quantia líquida de Cr\$ 1.139.840,00 (Um Milhão Cento e Trinta e Nove Mil, Novecentos e Quarenta e Quatro Cruzeiros), conforme Portaria

FIGURA 17c – Digitalização do documento "Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru", publicado no Diário Oficial de João Pessoa, em 20 de março de 1960.

As experiências educativas iniciadas a partir daqueles postos de tratamento atraíram o interesse de outros profissionais do campo de saúde e da ação social e tornaram-se núcleos de irradiação de enfoques mais amplos para a Saúde Pública (FIG. 18).



FIGURA 18 – Foto “Em João Pessoa, Paraíba. O ministro Mário Pinotti, com a educadora Lenita Peixoto de Vasconcelos e educadoras da Campanha de Erradicação da Malária, em 1960”. Segundo Angelina Garcia^A, de terno branco, o ministro da saúde. Do lado direito da foto, a primeira é Otilia Freiderich Tomish, a quarta Lenita Vasconcelos e escondida por ela Regina Figueiredo, do grupo de esquistossomose.

Em seu currículo Hollanda (1996) relata que:

“Em Varjão, por exemplo, um ano depois, o Professor Samuel chorou comovido quando encontrou a escola, antes abandonada, sem professores, agora com suas professoras e alunos engajados no cuidado de uma horta e em ações de melhoria das condições higiênicas de ambiente; visitando as casas e procurando ajudar seus moradores em drenagens e limpeza dos lugares que podiam ser criadores de vetores de doenças endêmicas”.

II.2.2.1 Versão preliminar de artigo para publicação no periódico Memórias do Instituto Oswaldo Cruz⁷

Short Title: History of the Control of Schistosomiasis

Title: The History of the Control of Schistosomiasis in the Brazilian Northeast – The Importance of Hortênsia de Hollanda in health education approach.

Authors: Maria Cecília Pinto Diniz, Virgínia Schall

Institutional Affiliation: Laboratory of Health Education, Center of Research René Rachou – Fiocruz, Av. Augusto de Lima 1715, Belo Horizonte, MG, Brazil, 30140-002

Abstract: This article reflects on the work of the health educator, Hortênsia de Hollanda, in the control of schistosomiasis, which was carried out in Varjão and Mandacaru, two neighborhoods of the city of João Pessoa, state of Paraíba, in the 1960s. The information derives from the archives of the National Institute of Endemic Diseases and from the boxes with the preliminary inventory of Hortênsia de Hollanda belonging to the Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brazil. Interviews with Hollanda’s research partners broadened the perception of the impact of her work in the focalized areas. The data reveal the development of an educational process shared with the population toward the conscious adoption of environmental improvement, achieving both the control of schistosomiasis and the building of a more integrated consciousness toward health. Hollanda’s contribution was an historical advance in health education work toward a more integrated and participative action (called Integrality), today one of the principles of public health system (SUS) in Brazil.

Key-words: Health education; control; schistosomiasis; history.

Financed by Capes, CNPq and Fapemig

⁷ Este subtópico apresenta-se tal como o original, enviado para a revista, o que justifica a mudança de formatação da tese

Introduction

Hollanda's career has been documented and notes on her life and work have been the object of studies that show her importance and centrality in the history of health education in Brazil (Schall 1999; Diniz 2007; Diniz & Schall in press). This information is little known by historians and researchers in the history of public health and public health educators, and it has been useful to interpret the ideas and characterize the broad and diverse experience of this educator in Brazil and abroad, as well as her influence on the training of an entire generation of health education professionals. Another aim is to spread and preserve her memory, and contribute to the popularization of her life and exemplary work.

Beyond an effort at a more general historical reconstruction, the purpose of this study is thus to reflect on the work of the health educator, Hortênsia de Hollanda, in the control of schistosomiasis undertaken in Varjão and Mandacaru, two neighborhoods of the city of João Pessoa, state of Paraíba, in the 1960s, an effort to define a model example of basic attention paid to health.

In northeastern Brazil, the region of the study, schistosomiasis reached hyper-endemic proportions. Different from what the authorities thought, it was not a mere nosological curiosity but a serious matter of sanitation, requiring urgent intervention.

Through the suggestion of Samuel Pessoa, who, according to Martins (1978), was active in sanitation campaigns in the northeast since the middle of the 1930s, Hollanda began getting involved with local populations through a survey of the living and health conditions and the ideas that the inhabitants had of their own situation.

Materials and Methods

The proposal to investigate Hortênsia de Hollanda's work in controlling schistosomiasis in Varjão and Mandacaru requires the creation of a methodology that

will allow us to understand the dynamics and significance of a life that took place mainly in the world of the health sciences. We believe that a sample of part of their populations leaves out analytically important elements for the comprehension of the whole. In the end, we understood her existence as a unity (Simmel 1983a, 2002), and from this perspective, the search for theoretical tools led us to Simmel's perspective of social circles, the ground on which we based our work.

Inspired by Georg Simmel (1983b), we understood that Hollanda's entire production is interconnected and inserted in broad, interdependent networks of social relations, involving a group of collaborators who negotiated or in some way participated in the educator's successes. Another opportune concept for analyzing Hollanda's career is that of sociability, toward which human beings are driven owing to specific needs and interests, not necessarily linked to a special content, for such associations are motivated by a feeling of satisfaction residing in the simple fact of associating with others (Simmel 2002).

The discovery of the sources of Hollanda's professional career was made in the archives belonging to the Casa de Oswaldo Cruz (COC, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, Brazil), through the Department of Archives and Documentation. We consulted the files of the Instituto Nacional de Endemias Rurais [National Institute of Endemic Diseases] (FIOCRUZ, 1997) and the boxes of preliminary inventory of Hortênsia de Hollanda. These resources made viable the discovery of documents that became part of our working files, such as the epidemiological inquiry on schistosomiasis in Varjão and Mandacaru, the minutes of meetings, and newspaper reports.

Oral evidence collected through interviews with Hollanda's research partners, photographs and personal documents on these occasions, also became a part of our working files (Diniz, 2007). We proceeded through thematic interviews, which,

according to Alberti (2004), are those that give priority to examining the participation of the interviewee in the chosen topic, that is, this type of interview is adequate in the case of topics that have a relatively defined status in the life story of those who concede the interviews. The interviews were put together in a semi-structured form, to promote what Turato (2005) define as unfolding out of a basic plan, but applied in flexible way, allowing the interviewer to make necessary changes. Thus, at certain moments, new questions could be formulated in such a way that at the end of the interview we had at our disposal information related to each one of the items that made up the plan, without necessarily having carried out the plan in a rigid order.

Varjão e Mandacaru – Brief description of the areas of Hollanda study

The Mandacaru and Varjão districts are located respectively in the North and South of the City of João Pessoa, State of Paraíba, Brazil (Map 1). Less than 10,000 inhabitants lived in Mandacaru with precarious water supply and sanitation services. There was public laundry services, with 20 tanks, used by a small minority of laundress. The majority of them used to wash their clothes in the edge of streams and small rivers. There were public toilets, available only once a week and others located in particular residences where people had to pay to use it.

Varjão had approximately 5,000 inhabitants and did not have laundry services. As in Mandacaru, it had some public restrooms, built in private homes and exploited by the house owner. Both neighbourhoods were inhabited by pauper people, but the situation described in the Hollanda's documents highlights that Varjão indicated higher pauperism and social abandonment.

Results and Discussion

In the course of her first visits to the endemic disease areas of schistosomiasis in the Brazilian northeast, Hortênsia de Hollanda learned of the treatment and study

of schistosomiasis that Professor Samuel Pessoa had been carrying out, with the support and aid of the National Department of Endemic Diseases (DNERu). Following Professor Pessoa’s suggestion, Hollanda, in the 1960s, initiated her involvement with the populations of Varjão and Mandacaru, discussing projects for the improvement of environmental conditions related to the existence of schistosomiasis.

An investigation was begun with the aim of collecting data on the life conditions and the ideas that the members of the communities had in relation to the schistosoma worm whose importance in the area of public health grew exponentially during that period (Figures 1a and b – Table 1). She articulated six main topics: a) Behavior related to schistosomiasis; b) Behavior in relation to diseases. c) Destination of trash; d) Sources and protection of supplies; e) Housing; and a last topic not enumerated, called Occupation of Head of Household – Family income: Social situation.

In a text titled “Economy and Food in the Northeast, in Areas of Schistosomiasis: Data for an Investigation in Two Neighborhoods of João Pessoa, Paraíba,” Hollanda and Dante Costa describe the area of study, the neighborhoods of Mandacaru and Varjão. This is the only document found that give descriptive details of these areas. It also informs one that: a) the investigation was made by five sanitation educators, previously instructed and trained; b) the educators made two visits to each family in Mandacaru and one in Varjão; c) the questionnaire was patiently put together and noted down the answers, which were generally given by the housewife; d) the visitors frequently inspected the kitchen and sometimes examined the pots, pans, and utensils and where the water that consumed was kept; e) practically a fifth of the population was visited once more in each neighborhood, since every street of Mandacaru and Varjão were included in the investigation, which

was made at every fifth house; f) the limits of the area covered were the same as those in the city registry plans.

As the collected documents indicated, Hollanda began to involve the population in discussing projects for improving environmental conditions related to the existence of schistosomiasis. She developed an educational approach that she shared with the population for the conscious adoption of environmental improvements, beginning with basic measures of trash removal, water supply, and hygienic conditions in general (Figures 2, 3, 4 and 5).

We believe that Hollanda shared the idea that there is no psychological basis for overcoming the interest and action of the people in carrying out measures in whose planning she had no participation at all. She was always the principal motivation in the education of adults and in carrying out the community's development programs. It is through the discussion of a common problem, in its various aspects, from the choice of approaches to its solution and finally through the proposed measures, that knowledge about the problem is created and the potential for changes in attitude and behavior.

Certainly, the people, together with the technicians and sanitation educators, gained not only specific knowledge about schistosomiasis, its prevention and control, but especially gained the encouragement toward becoming conscious of the role each one should play as transforming agents responsible for their lives.

Even today, what Hollanda demonstrated in the 1960s is not reached by everyone in the decision-making areas of public health education, and even less so by common sense - the notion that however important knowledge is, the decision to collaborate efficiently in prevention campaigns is only taken by the population after people have identified such collaboration as a source of psychological satisfaction:

the pleasure of becoming part of a socially prestigious movement, the consciousness of the value of the personal contribution, the stimulus of association and earning.

With several health educators, Hollanda assembled a work group to develop her proposal in Varjão and Mandacaru. This group and the community's teams, organized to discuss the problem of schistosomiasis and other worm-related diseases and their relation to the people's way of life, met every week or sometimes every two weeks, along with a doctor and other technicians (Figure 6). They began with simple projects, meant to attend to some obvious needs, such as the building of wells, cesspools, and dwelling improvements (Figures 3, 4 and 5). Their success was the motivation for larger undertakings, which led to the collaboration of more community members.

A document found in Hollanda's inventory, titled “Education and Aid for Sanitation Measures in the Stable Communities,” typed under the official heading of the Ministry of Health and the National Department of Endemic Diseases, but with no date, shows the effectiveness of the proposed campaigns and the extent attained by the experiences in health education for the control of schistosomiasis in the communities of Varjão and Mandacaru. Part of the text reads:

“...The campaigns of the cesspits, taken up by these groups, attained, in an average of two years of work, 70% of the homes, even in localities with 10,000 inhabitants. These results – taking into consideration the poverty, the precariousness of assistance, the educational resources of the communities and the modest funds intended for this prevention measure—may be considered excellent. ... The results obtained in two years, with a reduction of 50% in the rate of human infection in the total population (from 53.8% to 26%, in Varjão, e from 70% to 35% in Mandacaru), and more than 70% of the houses with hygienic cesspits, built by the owners themselves, recommend the multiplication of such work groups in the areas with a high proportion of endemic disease”.

The results are also related to the testimony of Bernadete Lobato¹, from the phase of oral evidence, showing that this work lasted about ten years and even recently has been remembered by people who have remained in that locale since that time. The interviewee tells how on a trip in 1996 to João Pessoa, she visited Varjão and Mandacaru, curious to “meet these people, these place, and their work.” As she relates it:

“They took me to see. The water-tank, the headquarters, the health station were there. And I visited a family in which I had known three generations of this work: the grandmother, the daughter, and the granddaughter. This young woman who was the daughter at the time and was of the same age as the daughter (granddaughter) when I was there, was of school age. She participated in this project along with her mother (today grandmother) whom I also knew and who told me: ‘Look, this was blessed work’...The work was also associated with food production. Hortênsia had created a vegetable garden and our schoolchildren worked in it and the produce was divided up and taken home. They grew the vegetables and took them home. She said that one day they had nothing to eat when this girl arrived with an armful of vegetables...From the garden. So it was work that made a difference”.

In her curriculum, Hollanda (1996) relates:

“In Varjão, for example, a year later, Professor Samuel was moved to tears when he found the school, which before had been abandoned, with no teachers, now working again, and the students working in the garden and improving local hygienic conditions, visiting the homes and trying to help their inhabitants in the draining and clearing of areas that might be focal points for endemic diseases”.

Conclusion

It can be said that in this way were the seeds sown of pioneering work not only in education, social mobilization, and community action, but also in self-evaluation and the development of professional groups. Mandacaru e Varjão have become experimental fields for the training and development of personnel for educational action in health. The educational experiences initiated at these treatment stations

have attracted the interest of other professionals in the field of health and social action and have become centers for a broader focus for public health.

The inter-sectorial aspect and the notion of basic attention to health regarded today as an objective of the Brazilian Single Health System (SUS) was already a reality in this exemplary work, where environment, education, and health met, creating individual and collective commitments and making it possible to control endemic diseases, one of which was schistosomiasis.

Besides the control of schistosomiasis in Varjão e Mandacaru, the actions of Hortênsia de Hollanda had repercussions in other states by means the work of the professionals trained from her group. An example of this is in the work done in Minas Gerais, such as in Capim Branco (Garcia, 1965) and in participative work done in controlling parasite-related diseases (Dias, 1998.)

References

Alberti V 2004. Manual de história oral, Rio de Janeiro, 235pp.

Dias, JCP 1998. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. Cad. Saúde Pública14(2): 19-37

Diniz MCP & Schall V in press. Um manuscrito inédito da educadora brasileira Hortênsia de Hollanda: a “arte” da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. História, Ciências e Saúde – Manguinhos.

Diniz MCP 2007. A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para compreensão da Educação em Saúde no Brasil, PhD Thesis, Centro de Pesquisas René Rachou/ Fundação Oswaldo Cruz, 205pp.

FIOCRUZ 1997. Casa de Oswaldo Cruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo Instituto de Endemias Rurais: Inventário.

Garcia ALR 1965. Educação Sanitária e esquistossomose. Rev Brás Malariologia e Doenças Tropicais 9: 175-88.

Hollanda HH 1996. Informe curricular, Rio de Janeiro, 35pp.

Martins AV 1978. “Memória Sagrada”. In: Pessoa S. Ensaios Médicos-Sociais. CEBES/Hucitec.

Schall V 1999. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. Cad Saúde Pública 15 (Sup.2): 149-159

Simmel G 1983a. Simmel. Coleção Grandes Cientistas Sociais, São Paulo, Ática

Simmel G 1983b. Sociologia. São Paulo, Ática.

Simmel G 2002. Sobre la individualidad e lãs formas sociales. Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes.

Turato ER 2005. Métodos qualitativos e quantitativos na area da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saúde Pública 39(3): 507-514.

Acknowledgments

We express our sincere thanks to the financing institutions (Fapemig, CNPq and Capes) and to the interviewees, without whom this study would not have been possible.

Illustrations:

INQUÉRITO EM MANDACARU
ANO 1960

A. - COMPORTAMENTO RELATIVO À ESQUISTOSSOMOSE:

- 1- Quantas pessoas moram nesta casa ? _____
- 2- Quantas fizeram o exame de fezes no Posto ? _____
- 3- QUANTAS pessoas da casa com Schistosoma ? _____
- 4- Quantas começaram o tratamento ? _____ 5- Quantas interromperam?
- 6- Quantas melhoraram ou ficaram curadas ? _____
- 7- Porque interromperam o tratamento ? _____

8- Pedir os cartões de matrícula e anotar os números:

Nº do Cartão:	Prometem voltar	Nao querem voltar
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 9- Que é a Esquistossomose ? _____
- 10- Como é transmitida esta doença ? _____

B. - COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO AS DOENÇAS:

- 1- Quais as doenças que mais atacam o povo de Mandacaru ? _____

DOENÇAS	SINTOMAS
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 2- Porque existem estas doenças ? _____
- 3- Que fez o povo para ficar bom ? _____

C. - DESTINO DOS DEJETOS

- 1- Fossa: Sim _____ Não _____ Proprietário _____ DNERu. _____
C/casinha _____ Sem casinha _____
Onde bota o papel servido ? _____
As crianças usam a fossa ? _____ Vão ao mato? _____ Usam vaso?
- 2- Destino do lixo? _____

D - PONTES E PROTEÇÃO DOS ABASTECIMENTOS :

- 1- ONDE APANHA A ÁGUA ?
Cacimba coberta revest. rio Chafariz ou lavand.
Beber _____
Gasto _____

FIGURE 1a- Typed document “Investigation in Mandacaru – Year 1960”

Lavar roupa _____
 Banho _____
 2- ONDE GUARDA ÁGUA DE BEBER ? _____
 Observações: _____

E. - HABITAÇÃO:
 Cobertura: _____ Parêdes _____ Piso: _____
 PROFISSÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA - RENDA FAMILIAR : SITUAÇÃO SOCIAL
 1 - Onde trabalha o chefe da família ? _____
 2 - Ele ganha o salário mínimo ? Sim _____ Não? _____ (R)
 3 - Há quanto tempo mora em Mandacaru ? _____
 4 - Quais as melhorias nêstes últimos 5 anos, no bairro ? _____
 5 - Conhece algumas sociedades ou pessoas que trabalharam para conse-
 quir estas melhorias ? Quais ? _____

 6 - Que está faltando ainda para melhorar esta localidade ? _____
 7 - Que faz o DNERu ? _____
 8 - Que acha dos trabalhos do DNERu? _____
 Observações: _____

VISTO
 DR. DUSTAN MONTEIRO
 Chefe da Circunscrição

/NIM/

FIGURE 1b- Typed document “Investigation in Mandacaru – Year 1960”

Table 1- Translation of figure 1a and b: Typed document “Investigation in Mandacaru – Year 1960”

Investigation in Mandacaru - Year 1960
<p>A. BEHAVIOR RELATED TO SCHISTOSOMIASIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. How many people live in this house? 2. How many did the feces examination at the health station? 3. How many people in the house have schistosomiasis? 4. How many have begun the treatment? 5. How many have interrupted treatment? 6. How many have got better or been cured? 7. Why did they interrupt the treatment? 8. Ask for the enrollment cards and note down the numbers: No. of card – promise to come back – do not promise to come back 9. What is schistosomiasis? 10. How is this disease transmitted? <p>B. BEHAVIOR IN RELATION TO DISEASES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What are the most common diseases in Mandacaru? Diseases - Symptoms

2. Why do these diseases exist?
3. What do the people do to get well?

C. DESTINATION OF TRASH

1. Cesspit: yes ___ no ___ owner _____ DNERu _____
 with outhouse ___ without outhouse _____
 Where is the used paper put?
 Do children use the cesspit? ___ Go in the woods? ___ Use a toilet? _____
2. Destination of trash?

D SOURCES AND PROTECTION OF SUPPLIES:

1. Where do you obtain water?
 Covered receptacle ___ water tank ___ river ___ fount
 Drink ___
 Use ___
 Wash clothes ___
 Baths ___
2. Where do you keep the drinking water?
 Observations

E. HOUSING:

Roof _____ Walls _____ Floor

OCCUPATION OF HEAD OF FAMILY – FAMILY INCOME: SOCIAL SITUATION

1. Where does the head of the family work?
2. Does he earn a minimum wage? Yes ___ No ___
3. How long have you lived in Mandacaru?
4. What improvements in the neighborhood have been made in the last five years?
5. Do you know any organizations or people who have worked for these improvements?
6. What still needs to be done to make the place better?
7. What does DNERu do?
8. What do you think of the work of DNERu?



FIGURE 2- Photo “Aspects of the neighborhood of Mandacaru,” 1956 (probable date).



FIGURE 3- Photo “Cesspit built in cooperation with the service under the guidance of members of the Varjão Group, October 20, 1956”.



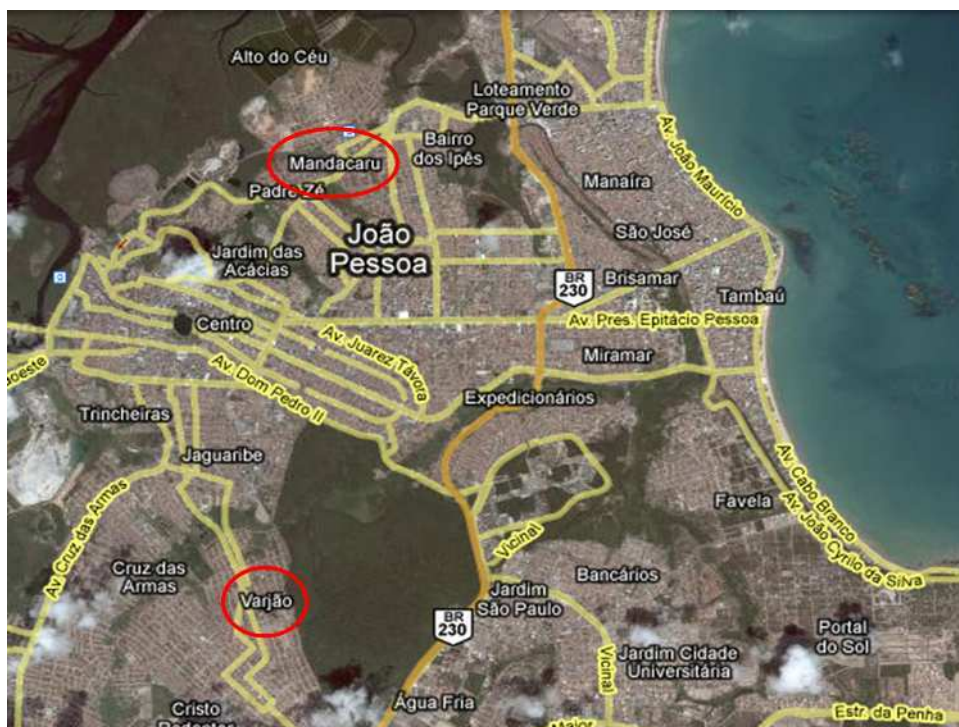
FIGURE 4- Photo “Campaign for Housing Improvement, João Pessoa, 1959.”



FIGURE 5- Photo “Watertank Campaign, João Pessoa, Paraíba,” 1959 (probable date).



FIGURE 6- Photo “Aspects of a meeting of the Family Group of Mandacaru. João Pessoa, Paraíba”. 1960 (probable date). The first woman (seated from left to right) is Maria Sapateira, key-person in the community, and the fifth is Leda Vilar de Gusmão, health educator who was active in João Pessoa, Paraíba.



MAP 1- Location from the Varjão and Mandacaru districts.

Note:

¹ Health educator retired from the Commercial Social Services (SESC), who granted an interview to Maria Cecília P. Diniz on May 22, 2007, especially for this study. She had been a friend of Hortênsia de Hollanda, and had taken part in several works since the Campaign for the Eradication of Malaria in the 1950s.

II.2.3 A pesquisa de Capim Branco

Entre os anos de 1974 e 1975, Hollanda participou como pesquisadora do estudo sobre os modos de ver a realidade e se expressar sobre os problemas de vida, saúde e trabalho de uma população rural. Este trabalho mostra a capacidade de Hollanda para montar e gerir o seu grupo, além de agrupar-se com outros, de outras instituições, colaborando para a formação de pessoas que deram continuidade aos trabalhos, produzindo conhecimento e influenciando outras várias pessoas.

O depoimento de Edite^C, uma das estagiárias, explica que eram três grupos participando em conjunto:

“Havia o grupo do Naftale Katz (no CPqRR) que estudava uma droga, um grupo de Psicologia (na UFMG), que com o Célio Garcia, depois o Júlio Mourão e o Cornelis J. van Stralen participaram, estudando as representações sociais da população e nós, que coordenados por Hortênsia e Angelina, estávamos na Educação Sanitária”. “Tornei-me então estagiária de um projeto que se chamava “Educação Sanitária em Esquistossomose”. Era financiado pelo CNPq, coordenado por Hortênsia e Angelina, funcionando na Superintendência da Campanha de Saúde Pública (SUCAM), porque naquela época a Angelina Garcia trabalhava na SUCAM, e com esquistossomose”.

Como uma teia que vai sendo tecida, os participantes da pesquisa de Capim Branco também foram se unindo pelas afinidades de interesses numa área de estudo. Os trabalhos de educação em saúde mesclaram-se à psicologia social, ambos colaborando em estudos sobre comportamento e saúde.

A união teve início com a antiga amizade de Hollanda e Angelina Garcia^A, que desde o DNERu trabalhavam juntas. Angelina era casada com Célio Garcia, psicanalista, que desde o começo dos anos de 1960 era professor do curso de psicologia da UFMG e vinha construindo, segundo Mata-Machado (2004) uma “Psicossociologia” em Minas Gerais. Escrevendo sobre a história do setor de Psicologia Social da UFMG, a autora nos ajuda a entender essas ligações. Assim mostra que:

“Foi muito graças a Angelina Garcia, mulher de Célio, que as áreas da saúde e da Psicologia Social, vertente de trabalho tão importante no setor, se uniram. Angelina, formada em serviço social, era funcionária pública, ligada ao Instituto Nacional de Endemias Rurais. Inteligente e culta, participava muito da vida do setor. Por sua inspiração, a primeira grande pesquisa do grupo transdisciplinar: José Pellegrino, biólogo; Naftale Katz, médico; Regina Lúcia Goulart Botelho e Maria Emília Amarante Torres Lima, psicólogas sociais. As últimas se concentraram no levantamento de atitudes com relação à doença. Estávamos no final da década de 60. Desde então se seguiram vários outros trabalhos na área de saúde. (...)”

Volta e meia, Angelina trazia sua amiga, Hortênsia de Hollanda, funcionária graduada do Ministério da Saúde. Ouvíamos embasbacados, relatos de trabalhos realizados pelo mundo todo”. (MATA-MACHADO, 2004)

Este primeiro estudo citado por Mata-Machado foi uma solicitação do Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR) da FIOCRUZ para investigar os comportamentos de comunidades infectadas pela esquistossomose. Esta solicitação deu lugar, no início da década de 1970, à inauguração do Laboratório de Psicologia Social no CPqRR, onde psicólogos buscavam compreender psicossocialmente, processos de saúde e doença, a partir de estudos descritivos sobre aspectos comportamentais.

Antes disso, numa publicação de 1965, Angelina Garcia descreve os programas de educação sanitária coordenados por Hortênsia de Hollanda no controle da esquistossomose, mostrando que tal experiência, evoluiu a ponto de se tornar necessária a criação de um Laboratório de Pesquisas Sociais. Segundo Garcia (1965) este laboratório, que talvez fosse o embrião do laboratório no CPqRR, na década de 1970, teria as seguintes atribuições:

- “- estudo do papel dos fatores humanos implicados na epidemiologia da esquistossomose e de outras endemias e na configuração do quadro das doenças do meio rural;
- planejamento, produção e avaliação de material educativo à luz das atuais teorias sobre comunicação;
- avaliação dos métodos de trabalho, com criação de projetos piloto comparativos com controle de diversas variáveis;
- avaliação dos métodos de treinamentos de pessoal auxiliar da campanha contra a esquistossomose e de outras endemias e do próprio pessoal técnico de educação sanitária”.

Segundo Stralen (2004) o primeiro estudo, intitulado “Pesquisa sobre Aspectos Psicossociais de uma População com Prevalência de Esquistossomose Mansônica” foi realizado em Baldim, Minas Gerais, no final da década de 1960. O objetivo era levantar os comportamentos da população no tocante aos contatos com córregos onde se encontravam caramujos positivos, e a percepção desses mesmos sobre a esquistossomose. Em nota de pé de página o autor informa que devido ao falecimento da pesquisadora principal, Regina Lúcia G. Botelho, e ao extravio dos relatos, esta pesquisa não foi concluída e nenhum dos resultados publicados. Mas outros pesquisadores continuaram o trabalho neste mesmo município, como comprova o artigo de Lima, Stralen e Roland (1973) intitulado “Estudo sobre Re-infecção de Esquistossomose em Baldim-MG”.

Foi no terceiro projeto de pesquisa, segundo Stralen (2004) intitulado “Aspectos Psicossociais da Esquistossomose”, que Hollanda participou. Esse,

desenvolvido dentro do Programa Integrado de Controle da Esquistossomose do CNPq, desenvolvido no período de 1974-75, efetivamente introduziu uma abordagem psicossocial do processo de saúde e doença.

O estudo foi realizado num distrito rural do município mineiro de Capim Branco, onde predominava a cultura do alho. Assim a pesquisa acabou por carregar o nome da cidade e que, segundo Stralen (2004) permitiu à equipe confrontar-se com os problemas inerentes à pesquisa qualitativa, particularmente o uso de entrevistas, e se familiarizar com a concepção e a abordagem das representações sociais.

Este projeto tinha o objetivo de estudar as condições nas quais a população local pudesse participar ativamente de um programa de controle de esquistossomose. Década de surgimento das propostas de conscientização e publicação dos primeiros livros de Paulo Freire, além de momento de transição política e de crescente mobilização contra o regime militar, promoveu na equipe a idéia de trabalhar com as representações sociais de saúde e doença da população (STRALEN, 2004).

Como mostra Edite^C:

“O que se discutia muito é que não poderíamos chegar numa população e obrigá-la a tomar remédio, entrando em um esquema medicalizado, sem que eles entendessem o que se passava. A idéia era de que os três grupos tinham que conversar, que trocar coisas. Cada um com seus objetivos, mas necessário porque a população era a mesma e precisava ser respeitada. Hortênsia tinha um histórico disso, trabalhava muito com pesquisadores parasitologistas importantes e sempre era chamada quando acontecia algum problema: aquela população estava resistente a determinado medicamento ou a dada mudança de hábito. Ela falava: “Gente, não é nada disso, vocês não pararam para ouvir, qual a opinião deles, o que eles já sabem sobre esquistossomose. Vocês não pararam para fazer isso, então acham que estão com um conhecimento que é certo, verdadeiro, e não estão. Tem o outro lado da história”. (...)

O Projeto era um pouco avaliar a experiência da população com a esquistossomose, o que eles conheciam sobre a doença. Como enfrentavam aquilo e como estavam abertos para novos conhecimentos. O objetivo do trabalho relacionava-se à esquistossomose, pois estávamos em uma área endêmica, e procurávamos fazer uma dada intervenção em que o grupo da educação sanitária ficava encarregado de ver como aquela população estava entendendo a doença.”

Em relação ao momento político conturbado que viviam, Cornelis^G mostra que:

“Instigava, porque na realidade estávamos dentro desse momento histórico, por exemplo, nós éramos da Psicologia Social. Na Psicologia Social da década de 70 no Brasil, em geral e aqui também era assim: “Nós temos que nos afastar da Psicologia Social Americana, nós temos que construir uma Psicologia Social Brasileira”, voltada para os problemas do Brasil. Essa pesquisa de Capim Branco fazia parte desta preocupação:

queríamos nos voltar para os problemas do Brasil e procurar soluções. As idéias de Paulo Freire também estavam muito presente, em termos da Pedagogia Libertadora. Penso que, por um lado, foi muito devido ao contexto de repressão, e por outro, a gente via como uma oposição de um trabalho de conscientização da população. Isso marcava muito.”

Stralen (2004) mostra que a equipe havia recorrido a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) para que pudessem obter informações sobre o plantio e a comercialização do alho, o que ajudaria no contato com a população local. Iniciaram os trabalhos de campo, realizando observações e entrevistas com trabalhadores e produtores rurais, além de donas de casa. Enquanto os pesquisadores “conversavam” com o produtor ou trabalhador rural sobre os problemas do alho, sua vida cotidiana e os problemas enfrentados, as pesquisadoras visitavam a casa do trabalhador, tentando conversar com as esposas sobre os problemas familiares, os filhos, os cuidados com a saúde, dentre outros.

Os cuidados metodológicos com a pesquisa podem ser apontados no texto de Stralen (2004) demonstrando que:

“Além de inúmeros contatos informais e de algumas reuniões com participação significativa da população local, foram realizadas 23 entrevistas que foram transcritas para análise. De todas estas entrevistas foi anotado, quem era o entrevistador, em que circunstâncias a entrevista ocorreu, como foi estabelecido o relacionamento com o entrevistado e quais aspectos chamaram atenção.”

Para a análise das entrevistas, a equipe procurou orientação no método de Análise Automática do Discurso (AAD), proposto por Michel Pêcheux, no Laboratório de Psicologia Social da Universidade de Paris, baseando-se no livro deste estudioso, intitulado *Analyse Automatique du Discours*, publicado em 1969. Como mostra a FIG. 19, encontrada entre os documentos pertencentes à Hollanda, a equipe procurou esquematizar o método de Pêcheux, partindo das entrevistas realizadas com a comunidade.

Como descreve Stralen (2004), buscaram também contribuições na discussão de Eliseo Verón⁸ sobre o processo ideológico, mas nenhum destes autores contribuíram para a análise das entrevistas. Assim, recorreram a uma identificação de temas, que: “procurando compreendê-las na luz das condições de produção das entrevistas e levando em consideração não apenas a relação entrevistador e entrevistados, mas também as condições sociais dos entrevistados”.

⁸ Verón, E. Condiciones de producción, modelos generativos y manifestación ideológica. In: VERÓN, E. (org). *El Proceso Ideológico*. 2d. ed. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo, 1973.

Nossos relatos mostram a importância deste trabalho para quem os realizava.

Como conta Edite^C:

“Entrevistei uma figura, que depois a entrevista foi muito usada, que é o senhor Zé Fernandes Lobo. Era um senhor mais velho, morava há muito tempo no local. Começamos a entrevista perguntando: “O que o senhor entende sobre saúde? O que é saúde para o senhor?” Ele respondeu: “Saúde eu nunca tive e tive” Depois disso, falou da peleja da vida toda, mostrando uma concepção ampla de saúde, muito vinculada às condições de vida e trabalho. Interessada nas concepções de saúde, eu tinha um conjuntinho de perguntas, e ele, uma pessoa com uma riqueza de experiência. Era desafiante aquela entrevista. Foi a pessoa certa para uma outra completamente inexperiente. Ele era toda a experiência e aprendi inclusive a respeitar. A experiência de uma pessoa do povo, pouco instruído, foi um grande aprendizado para mim”.

Chegaram à conclusão que as representações sociais de saúde e doença dos trabalhadores rurais de Capim Branco espelhavam suas condições concretas de vida e tiveram como referências centrais a capacidade de trabalho: saúde era ter capacidade para trabalhar, doença era a incapacidade; as condições precárias de vida implicavam num processo de enfraquecimento e de perda de saúde; no passado daquela população, o trabalho gerava fatura e saúde.

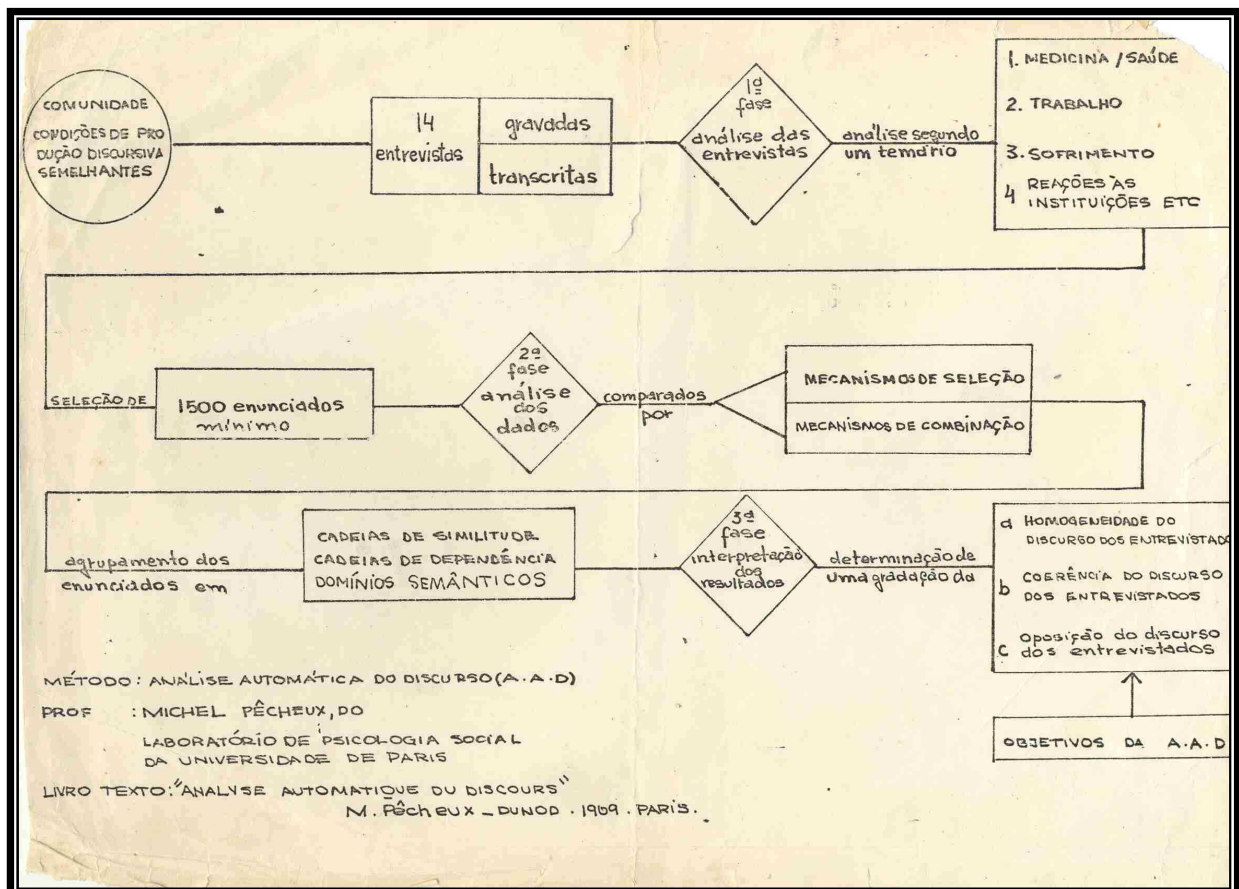


FIGURA 19 – Digitalização de um esquema sobre a AAD em relação ao tema medicina/saúde, trabalho, dentre outros.

Como relata Edite^C:

“Ficou muito clara a relação do trabalho com saúde. A saúde era para eles algo que ao falhar completamente acarretava a doença, eles deixavam de ter saúde quando paravam de trabalhar. O seu Zé Fernandes mostrou isso claramente quando disse: “Eu sempre tive saúde e não tive. Eu tive porque eu segui trabalhando, trabalhei até agora pouco. Mas eu nunca tive porque o joelho inchava”. Ele narrava os problemas. A idéia de que você trabalhando, dando conta da sua vida, tendo saúde, vai enfrentando todos os problemas.

As crianças falando de saúde como de alegria, da vida, aproximava muito com a concepção que a Hortênsia vinha trabalhando, de que a saúde não é não ter doença, tem a ver com todo um outro campo, um campo mais ampliado. Saúde é ter fruta em casa, é ter mãe perto da gente, é ter alegria de viver, entendeu? Esses depoimentos foram recolhidos para mostrar aos outros grupos como era a visão, a concepção reinante naquela comunidade, para que fossem pensadas as propostas de intervenção. Não era chegar medicando maciçamente, obrigando a população. Mesmo porque existem vários mecanismos de resistência. Pensam “se esse doutor chegou aqui, mandou eu tomar isso, eu não vou”. Então havia reuniões dos três grupos para conversarmos, um processo estruturado de devolução para a comunidade”.

Realizado e ciente da importância do trabalho que desenvolveram, Cornelis^G relata:

“Tinha muitas coisas interessantes, mas lembro que o mais interessante e de muita importância para nós, porque estávamos entusiasmados, era a oportunidade que tínhamos de conscientizar a população. Na realidade a pesquisa tinha oficialmente o objetivo de criar condições para a população colaborar com controle da Esquistossomose, mas víamos que era possível conscientizar a população. Percebíamos que a própria população tinha muito mais consciência de sua realidade, compreendiam o problema de saúde e doença.”

O mesmo sentimento de alegria em ter aprendido e ensinado encontra-se no relato de Edite^C e posteriormente no de Cornelis^G:

“Lembro-me que certa vez tínhamos que devolver resultados de exames. Havíamos recolhido fezes, falando com a população que era para fazer um exame para detectar quem tinha a doença (esquistossomose) e que seria fornecido um tipo de tratamento e tal. Entregávamos o material, o frasco e depois voltávamos para recolher as fezes. Lembro-me de participar do momento de devolução do resultado: “Dona Fulana, esse é o resultado da senhora: aqui nós não achamos xistose, mas a senhora está com uns vermes, e precisa tratar desses vermes. A gente vai arrumar tratamento. A senhora tem esse verme, olhe aqui, igual a esses aqui, os oxiúros, são vermes que dão coceira no ânus”. Explicava quando ela virou para mim e falou: “Mas como que a medicina está avançada, hein! Como é que vocês descobriram isso?” Quer dizer, ela nunca tinha contado aquilo para ninguém, entendeu? Mas ela também não relacionou com as fezes que havia entregado. E eu falei: “A senhora não fez o exame de fezes? É pelo exame de fezes “Ah, dá?” Sim, dá... “Por quê?” Porque é um bicho que vai... Então, tendo alguma chance começávamos a fazer o confronto do conhecimento científico com o da pessoa. Ela a princípio achou que aquilo era mágico: como é que eu, chegando de Belo Horizonte com um resultado de doutor, falava o que ela tinha sem que ela própria nunca tivesse falado disso com ninguém”.

“Esse processo era muito importante, de ver primeiro a consciência da população. Acredito que essa idéia de conscientizar é muito da própria prática social das pessoas que levam à consciência. Inclusive nós vimos assim. Na época foi criado um sindicato rural e as pessoas, que no início, aparentemente tinham pouca compreensão da questão rural, a medida que foram participando das reuniões, treinamentos, viagens, depois as pessoas mudaram. As pessoas chegaram a ter uma compreensão muito mais ampla da própria realidade social, porque logicamente se alguém vive no povoado, nunca sai do povoado, ele não vai ter uma grande consciência da realidade social. Então essas coisas foram muito importantes. Vimos também as pessoas compreender melhor a estrutura social do local. Já utilizávamos a palavra “comunidade local” e a partir de toda a discussão sobre participação comunitária começamos a trabalhar com uma noção de comunidade. Tínhamos relações muito boas e num determinado momento já tínhamos realizado entrevistas com cerca de vinte pessoas, gravadas e tudo e a Angelina também tinha feito entrevistas gravadas. Achamos que estava na hora de fazer uma reunião com a comunidade, então fizemos numa igreja, porque nós trabalhávamos mais intensivamente não na própria cidade de Capim Branco, mas num distrito que se chamava Peri-Peri. (...)

Então chamamos todos para a reunião à tarde na Igreja. Percebemos que muitas pessoas compareceram, mas também a ausência de muitos outros. Então eu pensei: “que coisa estranha!”. Fomos conversar com essas pessoas e todo mundo tinha uma desculpa, um falava que alguém da família estava doente, a outra com outra. Vimos que na realidade, existia uma divisão política dentro do local que não tínhamos valorizado. Sabíamos, mas não que era uma coisa que marcava tanto. Passamos então a sentir essas divisões da comunidade, a ver melhor como se organiza uma vida social. Existe muita fantasia, quando você vai num bairro, numa cidade de interior, achando que é simplesmente uma comunidade, tem as clivagens sociais. Este tempo de trabalho foi uma escola muito rica em tudo”.

Durante o desenvolvimento do projeto Capim Branco, os estudos sobre representações sociais de saúde e doença e as reflexões sobre as propostas de participação comunitária foram intensamente discutidos, mas encontramos somente o relato de duas publicações sobre a pesquisa. Nossos depoentes relatam um resumo do estudo de representações sociais publicado nos anais do Encontro da SBPC, provavelmente em 1975, e da apresentação do projeto Capim Branco na III Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESAC), em 1976. Não logramos êxito na localização destas publicações.

Nossos relatos também mostram alguns dos desdobramentos que esta pesquisa permitiu para as várias equipes participantes. Um deles é o projeto que acaba por desenvolver o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (1977) e que detalharemos posteriormente. Segundo Edite^C:

“Esse projeto foi base de outros, porque tanto a Angelina quanto Hortênsia estavam na negociação do projeto PREMEN. Eu não acompanhei exatamente, lembro que em um dado momento deixei de ser estagiária de Capim Branco e passei a integrar a equipe que elaboraria o material didático. Usamos muitas das concepções, experiências daquelas pessoas, sendo um tipo de escola para mim”.

O relato de Mônica Meyer^H ao falar sobre o “Saúde, como Compreensão de Vida” também destaca a importância do projeto Capim Branco:

“Foi uma pesquisa básica que gerou uma reflexão sobre o que é saúde e o que é doença. Assim, penso que começa a surgir na cabeça de Hortênsia, as três unidades básicas: alimentação, moradia e as defesas, que são as necessidades vitais do ser humano.”

Um outro desdobramento é descrito no texto de Stralen (2004) para o grupo da Psicologia Social da UFMG:

“O envolvimento da equipe com a questão da participação comunitária levou em 1976 a um convite para assessorar o Centro Regional de Saúde de Montes Claros, na implementação do Projeto do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, no tocante ao componente participação comunitária”⁹.

Pode-se concluir que o projeto Capim Branco, além de reunir pesquisadores e professores, proporcionou a experiência de vivências diversas, incluindo formações acadêmicas, realização de pesquisas, intensas discussões teóricas e metodológicas, freqüentes realizações de práticas psicossociais, lutas políticas e institucionais.

⁹ Sobre a história deste projeto Stralen indica a leitura de: FONSECA, D. Sobrinho. Primeira História da Medicina Simplificada no Brasil. Dissertação de Mestrado apresentada ao DCP/UFMG. Belo Horizonte, mimeo, 1984; STRALEN, C.J. van. O Sistema regional de saúde do Norte de Minas: um programa social como processo político. Dissertação de Mestrado apresentado ao DCP/UFMG. Belo Horizonte, mimeo, 1986; FLERRY, S. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASC), 1995.

III A PRODUÇÃO DE MATERIAIS POR HORTÊNSIA DE HOLLANDA

Para discorrer sobre a vida profissional de Hortênsia de Hollanda, utilizamos os materiais que ela produziu ao longo de sua carreira. Através da análise de suas obras podemos compreender o que a movia, o que significava a saúde para ela e mesmo qual era sua concepção de mundo. Além de estar em contato com as populações como base para produzir materiais com características próprias do grupo e avançadas para o momento em que foram produzidos, a educadora via no fazer educativo a manifestação do seu sentimento, da sua forma de ver o mundo.

Este capítulo apresenta três dos principais materiais produzidos por Hortênsia de Hollanda, sendo o primeiro um texto manuscrito intitulado “Educação sanitária na profilaxia das endemias rurais”. Este é a transcrição de uma aula proferida por Hortênsia de Hollanda, no curso de Atualização de Conhecimentos sobre Endemias Rurais, na Faculdade Fluminense de Medicina e datado de 1956. O comentário do manuscrito busca evidenciar o pioneirismo de Hollanda, cuja obra tem sido pouco explorada, considerando-se a dimensão de seu papel para a área da educação em saúde no Brasil. A sensibilidade para os problemas sociais, a importância da participação da população e uma atitude experimental são alguns dos aspectos que estão presentes no texto da educadora, revelando uma ancoragem teórica avançada para o seu tempo e uma prática original e pioneira que se mantém como um ideal a ser alcançado nos dias atuais. Este texto foi encaminhado para a revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, uma publicação da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz voltada para a história das ciências e da saúde, e recebeu parecer favorável a sua publicação em 06/11/2007.

O segundo material é o “Saúde: Meio ambiente e Comportamento – Guia para a saúde na Amazônia”. Escrito em parceria com Evany Gualberto, abordou alguns problemas de saúde mais comuns da região Amazônica nas décadas de 1960 e 1970 – época em que provavelmente foi produzido. Publicado em 1972, ressalta a relação com os modos de viver do homem no seu meio ambiente.

O terceiro material é o “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977), livro coordenado por Hollanda, em que participaram da elaboração diversos profissionais da área da saúde e educação, além de um grande número de professores dos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia e

Rio de Janeiro. Era dirigido a professores e alunos de 5^a a 8^a série, com uma abordagem de educação em saúde e procurava ser uma resposta à Lei 5.692/71 que instituía o ensino de saúde nas escolas de 1^o grau. Fez parte da análise deste livro um estudo exploratório com o objetivo de avaliar aspectos necessários a serem atualizados, adequados, além da pertinência dos conteúdos e temas propostos. Este estudo incluiu a participação de uma aluna de Especialização em Ensino de Ciências e Matemática, da Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais (CECIMIG/UFMG).

Para além da proposta de divulgar os materiais produzidos por Hollanda, alguns dados alimentaram nossa motivação. Demandas atuais indicam ser necessário pensar sobre formas diferenciadas de ensinar saúde, já que a disciplina de ciências, integrante do currículo da Educação Fundamental, vem se responsabilizando pelo desenvolvimento da Educação em Saúde na escola. De acordo com Bianconi & Caruso (2005) “ensinar ciências é mais que promover a fixação dos termos científicos; é privilegiar situações de aprendizagem que possibilitem ao aluno a formação de sua bagagem cognitiva”.

Nas últimas décadas, os estudos sobre o ensino de Ciências têm questionado a eficácia do ensino escolar que acredita na transmissão dos conhecimentos. Conhecido como “tradicional” esse ensino parte da premissa que o aluno aprende o que escuta do professor, gravando esses conhecimentos sem interferência do saber anterior; o professor por sua vez, tem como certo que falando claramente e repetindo o assunto, permitirá sua assimilação por todos os alunos, mesmo por aqueles que demonstram dificuldades em aprender conteúdos em Ciências (VILLANI, 1984).

A restrição da Educação em Saúde unicamente aos aspectos biológicos do desenvolvimento humano, parasitoses e problemas relacionados à poluição, faz com que os professores de ciências, sobretudo aqueles formados em ciências biológicas encarreguem-se da abordagem de tais assuntos. Para Morh (2002) é impossível um desenvolvimento satisfatório de assuntos ligados à saúde sem adentrar também em conceitos afeitos à geografia, história ou matemática, por exemplo.

Também não é novidade o fato de que tanto na área de educação quanto na de saúde, o enfoque predominantemente curativo em detrimento do preventivo, a ausência da integração entre educadores e membros da comunidade, a falta de abordagens multidisciplinares, o ceticismo dos profissionais em trabalhar de forma

participativa com as comunidades, entre outros problemas, são entraves à educação em saúde.

Mohr & Schall (1992) discorrendo sobre o quadro do ensino de saúde nas escolas brasileiras de Ensino Fundamental salientam o despreparo dos professores nesta área de conhecimento, a falta de qualidade dos livros didáticos disponíveis, a escassez de materiais alternativos, além das condições desfavoráveis de regime de trabalho dos professores e das condições físicas das escolas. Para a criação de novos materiais e estratégias de divulgação do conhecimento científico sobre saúde e ambiente para crianças e jovens, Schall (2005) ressalta que, além do compromisso estético e literário, são necessários o comprometimento com o conhecimento científico correto e as formas adequadas de representá-las.

Em relação à elaboração de estratégias e materiais educativos, Diniz (2003) mostrou que se deve considerar a articulação simbólica, cultural, social e política com a população alvo, como importante para a efetividade dos mesmos e de processos educativos. É preciso ter claro que a educação não é mera transmissão de informações e tampouco uma ação ideológica, mas uma ação de transformação da realidade, levando em conta a realidade e a pluralidade de vida dos envolvidos.

Assim é que consideramos as obras de Hollanda como uma inovação. Elas são resultados de pesquisas brasileiras e tornam-se referência à aventura e ao trabalho de uma “educação em saúde”.

III.1 Um manuscrito inédito da educadora brasileira Hortênsia de Hollanda: a “arte” da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil¹⁰.

(Versão final, com parecer favorável dos editores para publicação na História, Ciências, Saúde – Manguinhos)

Maria Cecília Pinto Diniz¹, Betânia Gonçalves Figueiredo² e Virgínia Torres Schall³
Laboratório de Educação em Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz;
Avenida Augusto de Lima, 1715. Bairro Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais,
Brasil. CEP 30190.002

cecilia@cpqrr.fiocruz.br

beta@ufmg.br

vtschall@cpqrr.fiocruz.br

¹- Pedagoga, Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da UFMG e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, CPqRR/Fiocruz.

²- Doutora em Sociologia, Professora do Departamento de História/ UFMG

³- Doutora em Educação, Pesquisadora titular da Fiocruz, chefe do Laboratório de Educação em Saúde no CPqRR.

¹⁰ Este subtópico apresenta-se tal como o original foi enviado para a revista, excluindo-se aqui somente o resumo e as palavras-chave alusivas à temática, o que também justifica a mudança na formatação da tese.

Um manuscrito inédito da educadora brasileira Hortênsia de Hollanda: a “arte” da educação em saúde para a prevenção e controle das endemias no Brasil.

Introdução

Este artigo apresenta um texto original da educadora Hortênsia Hurlia de Hollanda, no qual a professora sintetiza os princípios de sua prática profissional enquanto educadora em saúde. O manuscrito dá a dimensão do papel de Hollanda no cenário político de sua época, demarcando a sua importância na história da educação em saúde no Brasil.

O texto “Educação sanitária na profilaxia das endemias rurais”, encontra-se depositado no Acervo da Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), Departamento de Arquivo e Documentação, com notação número 06.00.00/01.07.12, do Fundo INERu, série Administração Geral, subsérie DNERu. É um documento de 9 folhas datilografadas em papel ofício, escritas somente na página da frente e numeradas no centro superior. É um texto único, narrativo, formado por 40 parágrafos. Na capa, no canto superior esquerdo consta o timbre do Ministério da Saúde, Departamento de Endemias Rurais, Divisão de Cooperação e Divulgação e o título centralizado na página. Com pequeno recuo entre parágrafo as seguintes observações: “Aula proferida pela Dra. Hortênsia de Hollanda, no Curso de Atualização de Conhecimentos sobre Endemias Rurais, na Faculdade Fluminense de Medicina, em dezembro de 1956 – In: Anais da Faculdade Fluminense de Medicina”. Assim, revela-se que esta aula foi proferida principalmente para médicos e estudantes de medicina ou áreas afins, associando a educação em saúde ao controle das endemias brasileiras. Eventualmente, atualizamos a ortografia e a pontuação do texto e respeitamos a paragrafação original. Mantivemos as palavras sublinhadas como no documento original.

A terminologia Educação Sanitária, utilizada nos originais de Hollanda, foi mantida. No presente estudo são empregadas como sinônimas as expressões educação sanitária e educação em saúde. Sabe-se portanto que analisando historicamente a educação em saúde no Brasil, o foco central da concepção denominada “educação sanitária” situa-se na relação do homem com o meio ambiente, com a principal preocupação de promulgar regras e normas de prevenção de doenças através da orientação de um viver higiênico (Reis, 2006).

Pode-se dizer que o conceito atual e que predomina nas reflexões teóricas é o da educação em saúde como um processo teórico-prático que visa integrar os vários saberes: científico, popular e do senso comum, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano (Candeias et al., 1989, 1991; Candeias, 1997; Coelho e Almeida Filho, 2002; Reis, 2006).

A mudança de paradigma na educação em saúde é discutida por Briceño-León (1996) em debate com outros autores, assinalando as questões relevantes do campo nas últimas décadas e estabelecendo postulados que podem orientar a educação em saúde. O autor parte das teorias da ação humana e propõem então sete teses sobre a “educação sanitária” para a participação comunitária: “I - Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas; II - A educação não ocorre só nos programas educacionais, mas em toda ação sanitária; III - A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado; IV - A educação deve ser dialogada e participativa; V - A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas; VI - A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço – recompensa; VII - A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva”.

Antes de nos determos na análise do manuscrito, apresentamos, informações sobre a trajetória de Hortênsia de Hollanda, contextualizando o período histórico da referida aula para destacar sua importância e centralidade na história da educação em saúde no Brasil. Tais informações são pouco conhecidas dos historiadores e pesquisadores da história da saúde pública e dos educadores em saúde pública, e nos são úteis para interpretar as idéias e caracterizar o interesse da educadora por tão variada gama de assuntos. Visam também difundir e preservar sua memória, contribuindo para a popularização de sua biografia e de sua obra. Ademais, essas informações podem servir como contraponto para os estudos sobre a história da saúde pública do país no século XX. A força da obra de Hollanda está, tanto em sua proposta de educação em saúde, como também, em suas qualidades, sua maturidade e sabedoria, sua capacidade de ser e de viver apaixonadamente, evidente nos relatos das pessoas com quem compartilhou experiências (Alfabetizando, 2001; Diniz, 2007).

A trajetória da educadora Hortênsia de Hollanda: nota sobre vida e obra

Na entrevista intitulada “Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde” (Schall, 1999), a autora apresenta quem é e o que fez Hortênsia Hurlia de Hollanda. Nascida em Corumbá, Mato Grosso do Sul, no ano de 1917, Hollanda conclui o curso de Língua e Literatura Anglo-Germânica na Faculdade de Filosofia do Rio de Janeiro em 1941 e Nutrição pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, em 1949. Realiza sua especialização na Universidade do Chile, em Saúde Pública e Educação em Saúde e o mestrado na Universidade da Califórnia em Public Health and Education. Durante seu trajeto profissional, período compreendido de 1942 a 1987, exerce vários cargos e atividades docentes no Brasil, que cobrem 45 anos de intenso trabalho.

Inicia sua vida profissional em um período em que a sociedade brasileira vive a etapa desenvolvimentista e de expansão diversificada da industrialização, especialmente a partir da segunda metade da década de 1950, durante o governo de Juscelino Kubitschek. A política social nesse governo se manifesta através da intenção declarada de promover o bem-estar geral do povo apoiado na tese, então bastante difundida, de que o desenvolvimento econômico traz a solução dos problemas sociais e, em decorrência, a melhora das condições de vida. O governo pretende do ponto de vista político, a preservação da ordem interna, a manutenção da paz social, a coesão com outros países, o desenvolvimento e a ajuda de capital estrangeiro, constituindo a modernização, o núcleo da política desenvolvimentista.

Os discursos de educação em saúde da época enfatizam a presença da participação do indivíduo e da comunidade enquanto política pública. A exigência de modernização visa tirar o homem rural do atraso cultural e integrá-lo no processo de desenvolvimento. Para Lima & Zancan (1991), essa estratégia tem como pressuposto básico ensinar as pessoas a assumirem responsabilidades para conseguir saúde.

Ornellas (1981) destaca que a partir da década de 1950, a produção de textos sobre “educação sanitária” foi incentivada pela divulgação de documentos da Organização Mundial de Saúde, discutindo principalmente, os métodos e técnicas empregadas na ação educativa e o papel dos profissionais (enfermeiras, educadores, professores e outros) no desempenho das tarefas educativas.

A educação em saúde aparece na legislação que regula o funcionamento dos órgãos públicos de saúde e nas normas sanitárias, especificamente na Lei 2.312, de 03/09/1954 – Normas Gerais sobre defesa e proteção da saúde – que estabelece, em seu artigo 3º, caber à União “manter órgãos de saúde e assistência que, entre outras atribuições, terá aquela de realizar a educação sanitária do povo”. Diz ainda, em seu artigo 24º, “traçará as normas para a educação sanitária do povo, orientando o indivíduo na defesa de sua saúde. (...) No currículo das escolas primárias do país serão incluídas noções de higiene e de saúde orientadas sob o ponto de vista sanitário pela autoridade sanitária competente”.

A respeito das endemias rurais, no governo de Juscelino Kubitschek, são tomadas decisões que estão vinculadas às necessidades da produção. Vieira (1983) analisa o programa de saúde pública apresentado pelo governo Kubitschek em 1956, destacando como um dos aspectos a “ação decisiva na luta contra as endemias rurais e doenças de massa”.

Assim, em 1956, quando de uma reestruturação do Ministério da Saúde, que, em 1953, desmembra-se do Ministério da Educação e Saúde, cria-se em seu âmbito, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), com a competência de organizar e executar pesquisas e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, peste, brucelose, ancilostomose, filariose, hidatidose, boubá, bócio endêmico, tracoma, e outras endemias, cuja investigação e combate lhe fossem atribuídas (Lima e Pinto, 2003). A criação do DNERu dá suporte às metas de desenvolvimento e produtividade, ao atuar em áreas que constituam “pontos críticos das vias principais de transporte e possuam fatores evidentes de desenvolvimento econômico, entravadas pela falta de condições sanitárias do meio” (Oshiro, 1988). A revisão dessa autora sobre o processo, revela que o combate às endemias rurais passa a ser centralizado e o setor de saúde pública ganha significação relativa, uma vez que, para o governo Kubitschek, a melhoria das condições de saúde e de vida está na dependência do desenvolvimento econômico.

O que se pretende através das campanhas de combate às endemias rurais é a recuperação de áreas, de espaços, com possibilidades de ocorrer a acumulação capitalista. As campanhas, em que pesem suas especificidades, são organizadas de modo geral tendo por base a assistência médica, o controle do ambiente pelo saneamento, pesquisas e a “educação sanitária”.

A “educação sanitária” da população é mediadora das campanhas de combate às endemias rurais, sendo que as práticas sanitárias do DNERu têm por base as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando que o processo saúde-doença envolve a interação do homem, agente etiológico (microorganismo) e o meio ambiente.

A educação em saúde no DNERu assume posição de destaque entre as práticas sanitárias e visa contribuir para a reorganização da visão de mundo das camadas populares, orientando-se pela concepção de multicausalidade do processo saúde-doença, com ênfase nos aspectos ecológicos. Coerente com essa concepção que explica mecanicamente o processo saúde-doença, concebe a educação como um plano situado fora das determinações econômicas e políticas, assumindo a prática pedagógica uma postura de falsa neutralidade. Busca-se superar a prática pedagógica tradicional em saúde, introduzindo inovações metodológicas que se fundamentam na psicologia cognitivista, nos processos mentais envolvidos na aprendizagem, isto é, no domínio de habilidades mentais para a assimilação dos conteúdos (Oshiro, 1988).

Nessa ocasião, Hollanda ingressa no DNERu, com a incumbência, um tanto genérica, de observar e oferecer propostas de educação em saúde para contribuir com o controle da esquistossomose, uma das endemias incluídas no antes denominado Serviço Nacional de Malária (SNM) (1953-54). Na década de 1950, o SNM havia obtido sucesso na luta contra a malária e o então diretor, Mário Pinotti, adquire grande prestígio (Hollanda, 1996). Os altos índices da malária baixam, o que é atribuído ao modelo então adotado. Admite-se, pois, adotar o mesmo procedimento na luta contra a esquistossomose.

Refletindo sobre sua trajetória profissional, Hollanda descreve e faz críticas às diretrizes do serviço. Como relata, naquele momento, na gerência das campanhas estão os médicos, profissionais ainda não abertos à participação de educadores e cuja mentalidade não é receptiva a enfoques para a educação. Os agentes de saúde e guardas sanitários, incumbidos da efetivação das campanhas junto às populações, limitam-se a utilização de medicamentos apropriados, articulam-se com postos de saúde em ações circunscritas, orientando sobre os cuidados imediatos indispensáveis e seus benefícios. Ao encontrar essa situação, Hollanda apresenta propostas para o DNERu e sugere uma modificação radical dos procedimentos até então adotados. Um dos principais aspectos dessas mudanças envolve uma

participação diferenciada da população alvo da campanha, e, para tanto, a formação dos agentes de saúde: “no nível de execução de ações locais, atingindo o processo de formação de agentes, abrindo espaço para a participação das populações envolvidas, considerando o meio ambiente; no nível de direção para a integração de educadores no corpo técnico do departamento” (Hollanda, 1996).

Pode-se dizer que, no DNERu, Hortênsia de Hollanda iniciou a mais expressiva contribuição profissional na área de educação em saúde, uma vez que representou o esforço para uma modificação dos enfoques adotados.

A reincidência das endemias vinha revelando a pouca eficácia das campanhas que, a curto prazo, sugeriam sucessos promissores. Mas, vencer resistências à mudança de enfoque em programas de forte repercussão nacional, que mobilizam a imprensa, o país e têm apelo político, não é tarefa fácil. Evidências de resultados imediatos são sempre sedutoras. Para enfrentar tal situação, Hollanda começa a realizar um lento e persistente trabalho. Organiza equipes multiprofissionais e abre caminho para a reformulação ambicionada. Uma das preocupações da educadora é descobrir como quebrar a mentalidade rígida e disciplinada dos agentes de saúde, que os conduz a uma visão fragmentada da realidade, produto de um processo de formação típico da época. Outra preocupação volta-se para a direção do próprio Departamento, que acompanha, às vezes, com ceticismo, os trabalhos desenvolvidos. Em seu relato, descreve: “difícil substituir a expectativa de resultados rápidos, via aplicação de medicamentos, por processos de mudança comportamental, mais lentos, embora duradouros” (Hollanda, 1996). Centra grande parte dos objetivos nos treinamentos de equipes para o DNERu, que em sua concepção, devem conter instrumentos intelectuais de formação que estimulem a capacidade de descobrir, pensar e inventar. É importante promover oportunidades de escolha e decisão diante de situações problemáticas de saúde. Os cursos não são locais de reunião de professores ou de alunos e agentes em torno de um currículo. Eles devem representar uma situação de “desaprendizado inicial”, de descobertas de novas realidades, que permitam reconhecer os problemas de saúde em uma nova ótica e a “enxergar” melhor as populações e seus problemas, seus dilemas de sobrevivência e modos de lidar com eles.

A proposta é trabalhar com as populações num esforço para compreender suas próprias percepções da realidade e das questões relativas à saúde. Neste cenário, os agentes procuram inserir os conhecimentos específicos sobre a

prevenção/cura/melhoria das condições de saúde, realizando os mapeamentos locais necessários à sua intervenção. As técnicas de abordagem local resultam desse processo de formação e são permanentes ao longo da condução dos projetos de luta contra as endemias e no empenho pelo envolvimento das populações para o alcance dos objetivos identificados. A dinâmica do relacionamento agente/pessoas e populações/projeto institucional realiza-se mediante o processo participativo de cada um desses componentes, cabendo ao agente o papel principal de “criador de situações” que conduz, no nível local, à melhoria dos padrões de saúde desejada. Os processos de formação nos cursos se completam com experiências de campo. Enfim, a concepção de Hollanda é de que o educador em saúde não é um eco dos interesses institucionais, embora portador de seus objetivos. A estes devem somar-se, sempre, os interesses das populações.

Pode-se dizer que o sinal de ruptura com as propostas e concepções de “educação sanitária” da época é então apresentado. As intervenções de saúde planejadas nos gabinetes e executadas no ambiente, independente da diversidade das características sócio-culturais da população, têm a partir do trabalho de Hollanda a ordem invertida. As medidas de saúde são implementadas com a participação das populações envolvidas. Neste novo percurso aprendem tanto os agentes de saúde como a comunidade.

Hollanda dedica-se a várias atividades no DNERu, tais como incentivadora da formação de equipes multiprofissionais (epidemiologia, psico-social e saúde) para assessoramento de trabalho de pesquisa, planejamento e reciclagem, com o objetivo de inovar e reformular concepções e ações de controle das endemias rurais no Brasil.

Em suas primeiras visitas às áreas endêmicas de esquistossomose no nordeste (1955-57), Hollanda tem contato com os estudos desenvolvidos pela equipe de Samuel Barnsley Pessoa, em dois distritos rurais de João Pessoa – Paraíba, a partir de postos de atendimento e tratamento de esquistossomose, localizados nesses distritos. Atendendo à sugestão desse professor, inicia uma ação de envolvimento das populações locais em um levantamento das condições de vida e saúde e das percepções dos habitantes de sua própria situação. O que se segue a esse levantamento é um processo de envolvimento da população na discussão de projetos de melhoria das condições ambientais relacionadas com a existência da esquistossomose, que tornam os dois distritos de João Pessoa campos

experimentais para a capacitação e desenvolvimento de pessoal para a ação educativa em saúde.

A importância da divulgação do texto de Hollanda, ainda enquanto inserida no DNERu, deve-se ao fato de que expõe o seu pioneirismo em propor a substituição da “educação sanitária” tradicional, assinalada pelo higienismo, entendido como prática médica voltada somente para a disseminação de noções de higiene e saneamento, e conceitos ultrapassados em relação aos programas propostos, para uma nova abordagem que integra o homem ao contexto social em que vive, de forma crítica e participativa.

A aceitação das idéias de envolvimento e participação das populações nos programas de saúde, como proposto por Hortênsia de Hollanda, encontra argumentos de resistência vindos de diversas áreas, principalmente dos de abordagem biomédicas, em que a produção de vacinas, medicamentos e controle químico de vetores são predominantes. Tal situação persiste ainda hoje, congregando maior número de pesquisadores e maior volume de recursos (Schall, Massara e Diniz, 2007). Os defensores das medidas de controle verticais, que promovem a redução da transmissão das principais endemias com a medicação da população, ou seja, com ênfase curativa, aliados à tradição autoritária e normatizadora¹, questionam até o que é considerado um dado positivo na avaliação de Hollanda, a independência e autonomia conferidas à população para gerir seus próprios problemas. Na visão de alguns responsáveis, a participação local das comunidades significa, sob o aspecto político, a perda de poder. Mas para a educadora a participação das populações, seu engajamento consciente na idealização e realização local dos projetos, contribui positivamente para o seu sucesso, pois existe na base da atuação participativa, a provocação de estímulos que despertam interesse, indagação e avaliação comparativa de situações.

Considerado como uma ousadia para a época, Hortênsia de Hollanda promove uma verdadeira revolução nos trabalhos de saúde com populações. Schall (1999) comenta que Hollanda “abriu espaço para a participação da comunidade, num enfoque ambientalista e integrador, avançado e pioneiro em seu tempo, e, até hoje, por poucos alcançado.”

Vale destacar que Hollanda ainda atuou como Health Education Officer pela South Pacific Commission em países e territórios da Melanésia, Polinésia e Micronésia e consultora da Organização Mundial de Saúde (OMS) no México, Costa

Rica, Honduras, Guatemala, Paraguai e Argentina, além de coordenar projetos de pesquisa, desenvolvimento e avaliação de materiais educativos em saúde no Brasil. Sem dúvida, estas experiências internacionais são contribuições para aprendizagens no que concerne ao condicionamento cultural, aguçando sua sensibilidade para perceber uma gama de fatores subjetivos, vinculados à cultura, envolvidos nos processos de atuação em saúde pública.

Em paralelo à sua ampla atuação na prática da educação em saúde, Hortênsia de Hollanda ainda participa como professora de vários cursos para a área de saúde pública e realiza pesquisas, algumas com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em reconhecimento ao seu trabalho, é homenageada na II Conferencia Latino-Americana de Promoción Y Educación para la Salud, em Santiago, Chile (1996) e recebe, em 1999, o título de Doutora Honoris Causa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

De toda essa experiência acumulada emerge o relato dos que trabalharam com Hollanda (Alfabetizando, 2001; Diniz, 2007), alguns documentos escritos e outros poucos publicados, além dos materiais educativos desenvolvidos sob sua coordenação ou parceria. Entre eles, encontra-se em análise por nós o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES-MEC/PREMEN, 1977), resultado da coordenação do projeto “Elaboração e Experimentação de Novos Materiais para o Ensino de Saúde”, convênio do Ministério da Saúde e da Divisão Nacional de Educação Sanitária com o Ministério da Educação e Cultura e o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino (MS/DNES-MEC/PREMEN). O livro é elaborado em colaboração com outros pesquisadores/educadores e um grande número de professores do chamado, à época, 1º grau (hoje Ensino Fundamental), dos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia e Rio de Janeiro, na definição das necessidades de informação em saúde, métodos para seu ensino e experimentação dos textos preliminares.

Precursora da educação em saúde no Brasil, pode-se dizer que Hollanda trouxe ao debate idéias de várias áreas, tais como antropologia, sociologia, pedagogia, psicologia e outras que se mostram cruciais para proporcionar uma perspectiva mais abrangente dos fenômenos observados em saúde. Suas reflexões estão fundadas na defesa da capacidade criativa humana, como descreve:

“creio poder confirmar minha crença pessoal na capacidade criadora do ser humano para superar suas próprias dificuldades. Apesar dos problemas de fome, miséria, atraso, esquecimento, ainda consegue mobilizar forças para lutar por sua sobrevivência” (Hollanda, 1996).

Essa atitude e sensibilidade humanista está claramente evidenciada no texto da autora aqui apresentado. A seguir discutiremos a aula, destacando trechos que nos parecem relevantes para uma compreensão mais abrangente das idéias da educadora, no que diz respeito à questão da educação em saúde associada ao controle das endemias brasileiras. Para tal dialogaremos com autores que podem ou não ter sido de conhecimento da educadora, mas que apresentam reflexões em comum com as idéias da mesma. Apontaremos reflexões que demonstram a ousadia de Hollanda para a época, a criatividade de suas perspectivas e as inovações propostas para a área de educação e saúde pública, muitas destas debatidas, aplicadas e valorizadas nos dias atuais.

A Educação Sanitária na profilaxia das endemias rurais no Brasil, 1956 – a integração do homem ao contexto social.

Hortênsia de Hollanda inicia a referida aula alertando os ouvintes para a crença que muitas pessoas possuem sobre o papel da educação sanitária na profilaxia e controle de endemias, acreditando que o conhecimento conduz à mudança de comportamento. Estudos recentes (Rosenbaum et al., 1995; Chiavaralloti Neto, Moraes e Fernandes, 1998; Diniz, Braga e Schall, 2003; Lefèvre et al., 2004; Gazzinelli et al., 2006) demonstram o que Hollanda enfatiza: não existe concordância entre conhecimento e adoção de medidas preventivas por parte da população. Estes estudos revelam que a pouca efetividade das estratégias propostas nas campanhas de controle às doenças decorrem de outros equívocos que Hollanda mostra no decorrer de seu texto. Ela aponta a pouca atenção dos educadores e formuladores de programas e projetos aos conceitos prévios e as possíveis crenças que a população tem sobre as questões de saúde. Resulta ainda a falta de incentivo dos programas de saúde da época, relativo à participação na elaboração das propostas educativas e a discussão sobre suas prioridades. Para ela o que as pessoas promoviam eram informações científicas sobre determinados assuntos de saúde. Utilizando o caso da esquistossomose e o conhecimento dos modos de transmissão da doença, relata que “apenas uma reduzida porcentagem da

população modifica efetivamente suas atitudes e práticas” e ainda que “as pessoas que respondem ao apelo do material educativo distribuído, são significativamente, aquelas que já demonstram interesse por questões de saúde e que pertencem a grupos econômicos mais favorecidos”.

A partir desses pressupostos, Hollanda desenvolve uma concepção diferenciada de intervenção na área da saúde. A adesão aos programas só ocorre se a população se reconhece inserida no processo de solução de um problema. Esta equação processa-se apenas na medida em que a população é integrada ao processo de conhecimento relativo ao problema em questão. Ou seja, é necessário conhecer a população, compreender a forma como ela lida com a situação relativa à saúde, quais são seus hábitos e costumes. Em seguida é preciso desenvolver um processo de compreensão da importância das mudanças culturais e ambientais, para preservar um determinado nível de saúde ou alterá-lo. Só compactuam e participam das mudanças, as comunidades que se sentem efetivamente sensibilizadas. Ou seja, a adesão deve ser refletida, entendida, aceita e incorporada e jamais imposta por decretos ou ordens do mundo da ciência e do poder político.

Hollanda apresenta suas idéias para a área, baseada em estruturas complexas, mas a faz de forma simples e fácil de ser compreendida pelos seus pares de ação direta e não pares acadêmicos, o que talvez explique, por um lado, sua pequena publicação na área acadêmica, e por outro, um verdadeiro fascínio pela sua energia e idéias, presentes em todos os relatos dos que conviveram com ela.

Para Hollanda, deve-se à concepção racionalista de homem – “capaz de raciocinar das premissas às conclusões”, usando a lógica – a idéia de que através do conhecimento é possível modificar condutas. Lembra que “o homem é antes de tudo um animal afetivo, cujo pensamento e ação sofrem irremediavelmente as influências do meio em que vive e do jogo das interações entre o seu organismo total e o ambiente em que ele se desenvolve”. Valorizando o afeto, a educadora partilha as abordagens apresentadas nas obras de Piaget (1954, 2001), Vygotsky (1996), e Wallon (1986), sobre o funcionamento psíquico humano, integrando cognição e afetividade, razão e emoções.

Para Piaget a idéia de que a afetividade e a cognição são inseparáveis, indissociáveis em todas as ações simbólicas e sensório-motoras o levou a postular que toda ação e pensamento comportam um aspecto cognitivo, representado pelas estruturas mentais, e um aspecto afetivo, representado por uma energética, que é a

afetividade. Para ele, na relação do sujeito com os objetos, com as pessoas e consigo mesmo, existe uma energia que direciona seu interesse para uma situação ou outra, e a essa corresponde uma ação cognitiva que organiza o funcionamento mental. Explica que “é o interesse e, assim, a afetividade que fazem com que uma criança decida seriar objetos e quais seriar” (Piaget, 1954). Posteriormente incorpora um outro tema na relação entre a afetividade e a cognição, que são os valores, mostrando que estes se originam das trocas entre o sujeito e o mundo externo, a partir de suas relações com os objetos, com as pessoas e consigo mesmo (Piaget, 2001).

Encontram-se nos textos e práticas de Hollanda aspectos enfatizados na obra de Vygotsky e Wallon. Estes têm muitos pontos em comum, em se tratando da afetividade. Ambos assumem o caráter social do desenvolvimento humano e demonstram que as manifestações emocionais, de caráter orgânico, vão ganhando complexidade, passando a atuar no universo do simbólico. Dessa maneira, ampliam-se as formas de manifestações, constituindo os fenômenos afetivos. Da mesma forma, defendem a íntima relação que há entre o ambiente cultural/social e os processos afetivos e cognitivos, além de afirmarem que ambos interagem e influenciam-se mutuamente.

Assim, Hortênsia de Hollanda expressa a necessária revisão do conceito de conhecimento por todos que assumem a tarefa de educar e defende a idéia de que nenhum médico, fazendo referência aos que trabalham na área da saúde, deve “se evadir de sua função pedagógica”.

Considerando as dimensões da afetividade e de suas formas e presença no contexto formativo do profissional da saúde, faz-se importante apresentar algumas considerações que talvez façam parte das preocupações de Hollanda.

As relações entre afetividade e o processo de ensino-aprendizagem podem ser analisadas quando se focaliza o cotidiano das escolas médicas, especialmente os protagonistas envolvidos nesta relação: o professor, o aluno e o cliente/paciente. “Em tempos idos, praticamente sem equipamentos diagnósticos e terapêuticos, o sucesso do médico dependia principalmente de uma boa relação médico-paciente” (Gomes, 2002). A formação dos profissionais de saúde precisa desenvolver mais do que cumpridores de tarefas, devem visar a reflexões em suas articulações com as determinações do contexto histórico e com os valores culturais e políticos,

delineando um processo de reflexão crítica, ou seja, um processo que implica considerar aspectos sociais, políticos, morais e éticos (Silva, 1997).

O atendimento médico inclui pacientes que, por serem marcados por uma cultura e por limitações materiais, não se modelam passivamente aos tratamentos prescritos. Assim medicar é também um ato educativo e de negociação com os saberes e práticas populares de saúde. Os médicos têm enfrentado esta questão pelo que chamam de o "bom senso médico", aprendido pela imitação dos mestres e pelo processo intuitivo de erros e acertos. Vasconcelos (2004) mostra que convivendo com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura no meio popular, interagindo com os movimentos sociais locais e entrando em contato com a militância de outros grupos intelectuais, muitos desses profissionais reorientam suas práticas no sentido de buscar enfrentar de uma forma mais global os problemas de saúde encontrados. Em alguns desses serviços, onde a população organizada e os profissionais de saúde identificados com os seus interesses conseguem conquistar um maior controle do seu funcionamento, surgem algumas experiências pioneiras que avançam bastante na superação das práticas tradicionais do campo médico. Talvez seja este o sonho de Hortênsia de Hollanda: ver o exemplo do pai médico, "sua capacidade para ouvir as queixas dos doentes, vontade de compreender as situações geradoras de doenças, penetrar na raiz dos fatores antes de intervir" (Hollanda, 1996) concretizando-se com o alargamento do cuidado à saúde na sociedade atual. Uma visão que defende a ampliação da interrelação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos num problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando suas práticas, saberes e lutas, não mais a partir de uma norma considerada cientificamente e universalmente correta, mas a partir de seus interesses, valores e entendimentos.

A educadora relata que "o problema da educação sanitária não é propriamente de dar conhecimentos, especialmente quando se trata daqueles grupos culturalmente mais atrasados, mas sim de reestruturação de atitudes, de concepções de vida já existentes". Para ela a concepção de vida das pessoas é que os ajudam a interpretar o mundo em que estão inseridos e então afirma ser necessário a compreensão do todo que fazem parte e suas atitudes perante as doenças, sendo a tarefa da educação em saúde modificar "essa concepção mais alta da qual decorrem todas as outras, mais específicas".

Sua formação filosófica vem à tona quando critica a fragmentação do homem feita pela análise dos especialistas, afirmando que “em Saúde Pública, a educação sanitária representa um esforço no sentido de integração, de encarar o homem, objeto da medicina, dentro do contexto social em que se criou e em que vive esse homem”. Na opinião da educadora, para que essa abordagem seja compreendida é preciso retomar o conceito de cultura. Mostra que todas as necessidades individuais dos homens são reguladas pela cultura em que nascem e que então existem inúmeras soluções para problemas básicos, como de alimentação ou de reprodução.

Para o planejamento de programas com ações educativas em saúde Hollanda aponta outro conceito importante, o de mudança cultural. Como afirma, “com o avanço da tecnologia e o fantástico aperfeiçoamento dos meios de comunicação, a nossa geração pode assistir e medir, especialmente nos centros urbanos, as modificações que se operaram na estruturação dos valores, nos papéis atribuídos aos diferentes membros ou grupos da sociedade, produzidas pela rapidez com que as idéias circulam”. Este trecho demonstra como Hollanda percebe o impacto dos meios de comunicação junto a população, não apenas nos centros urbanos. Há que se destacar que o trecho faz parte do texto datado de 1956, ou seja, quando ainda não contávamos com a difusão dos telefones fixos, celulares e internet. Para ela é preciso que a educação em saúde promova contatos pessoais, aproximando grupos primários e elaborando programas coordenados por entidades da comunidade, tais como a escola, a igreja e outras. Nota-se que Hollanda defende a Saúde Pública como possuidora de grande força de mudança cultural, “desde que ela aborde os problemas em sua totalidade, procurando a participação da população, fazendo com que cada atividade de assistência médica ou de profilaxia vise ao levantamento das possibilidades físicas e espirituais de cada indivíduo e da comunidade em geral”. A educação em saúde para a educadora precisa ser encarada como um programa de ação, onde aconteça o envolvimento de todos.

Ao propor esta, até então, nova abordagem de educação em saúde, Hortênsia de Hollanda parece prever as discussões de vários antropólogos relativas a uma visão alternativa à biomedicina sobre o conceito da doença (Fabrega, 1974; Good, 1977, 1994; Kleinman, 1980; Young, 1976, 1982), que nomeada antropologia médica, tenta compreender a influência da cultura na maneira como os indivíduos percebem a doença e estabelecem relações com os diversos sistemas de saúde. Juntando o campo da etnomedicina com as preocupações da antropologia simbólica, a

semiótica, a psicologia, e considerações sobre a questão da eficácia da cura, estes estudiosos se preocupam com a construção de paradigmas onde o biológico esteja articulado com o cultural (Bibeau, 1981). Segundo eles, a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo experienciado cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e depois como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica numa negociação de significados na busca da cura (Staiano, 1981).

Antecipando-se à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata, no ano de 1978 (MS, 2001) e a vários movimentos posteriores (Conferência do Canadá, elaborando a Carta de Ottawa em 1986; a Conferência da Austrália, com a Declaração de Adelaide, em 1988; a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro em 1992, dentre outros) Hollanda mostra que os educadores em saúde desempenham papel fundamental, como peças-chave na geração de uma nova cultura da saúde, caracterizada pela humanização e integralização do cuidado ao ser humano, caminho para o desenvolvimento preconizado pela Declaração de Alma-Ata.

Hollanda destaca a importância do educador em saúde, quando mostra que a identificação emocional deste com a tarefa é um fator fundamental para “assegurar a participação individual e coletiva das populações nos programas”. Esclarece que sem uma identificação emocional não é possível resultados duradouros ou de profundidade. Afirma que “qualquer serviço de saúde, para ser educativo, para ter continuidade no tempo e no espaço, terá que contar com pessoal capaz de sentir e de compreender os aspectos psicológicos, sociais e econômicos do problema médico”.

Para Hortênsia de Hollanda cada médico deve ter formação para educador, a fim de que sejam estabelecidas verdadeiras trocas de idéias e sentimentos. Assim, “o médico deveria ser preparado para perceber e compreender as forças sociais como fatores epidemiológicos e determinantes de certos quadros da doença”. Destaca que é essencial a capacidade de compreender e de fazer compreender. Suas reflexões vão ao encontro do que hoje postulam os educadores populares em saúde: “Uma atitude reflexiva e crítica diante da sociedade, a compaixão com o sofrimento humano, a sensibilidade com a sutileza das manifestações das dinâmicas subjetivas e o engajamento com os movimentos sociais não podem ser ensinados

massivamente através de disciplinas teóricas. Mas se pode criar situações pedagógicas, orientadas pela experiência acumulada da Educação Popular, em que são problematizadas as vivências e indignações dos profissionais em sua relação com a realidade, compartilhadas iniciativas de enfrentamento e busca de soluções e valorizada a curiosidade na busca de entendimento das raízes das questões sociais mais importantes” (Vasconcelos, 2004).

Ao falar sobre a exigência de “certa dose de espírito missionário” ao trabalho de Saúde Pública, Hortênsia de Hollanda parece mostrar que as políticas sociais implementadas pelo Estado brasileiro nunca foram capazes de atender as demandas da população, deixando um grande contingente de sujeitos excluídos ou com acesso muito restrito às mesmas. Pode-se interpretar esta afirmação em várias direções: Primeiro pelo fato das políticas públicas tradicionais não considerarem o componente cultural das populações envolvidas. Segundo, em decorrência da imposição de um saber considerado científico e oficial que para se impor tem que necessariamente desprezar o conhecimento popular. E finalmente uma cultura mais radical, ao impor que a população pobre e simples não é detentora de nenhum conhecimento pronto.

Disso resulta que as pessoas pertencentes às classes populares se vêem obrigadas a buscar estratégias capazes de minimizar ou atender suas necessidades. Assim, a educadora parece antecipar o debate em torno da Teoria do Apoio Social. Com origem entre os autores norte-americanos, o Apoio Social é definido como sendo qualquer informação, falada ou não, ou auxílio material, oferecidos por grupos ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o receptor, como também para quem oferece o apoio, permitindo, dessa forma, que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreenda que as pessoas necessitam umas das outras (Minkler 1985, apud Valla, 1999).

Incitada a explicar melhor a importância da compreensão das motivações, Hollanda utiliza o exemplo vivido em um município de Pernambuco para concluir que os êxitos nos trabalhos educativos em saúde só serão alcançados com a ação. Com essa afirmação a educadora parece dialogar com as idéias de Paulo Freire. Ao afirmar que “o pensamento se modifica através da ação. O pensamento da gente simples não se modifica na contemplação das coisas. A mão é um instrumento

maravilhoso para a transformação do pensamento”, Hollanda vai de encontro ao seu contemporâneo, ao mostrar que o problema central da educação do homem não é o simples alfabetizar, mas fazer com que o homem assuma a sua dignidade enquanto homem, sendo desta forma, detentor de uma cultura própria, capaz de fazer história. Para Paulo Freire o homem que detém a crença em si mesmo é capaz de dominar os instrumentos de ação à sua disposição (Freire, 1994).

Vivendo numa mesma época, Paulo Freire pensa a realidade e a ação sobre ela, trabalhando teoricamente a partir dela. Segundo ele, as questões e problemas principais de educação não são apenas questões pedagógicas, ao contrário, são políticas. Sua proposta, a pedagogia crítica como práxis cultural, contribui para revelar a ideologia encoberta na consciência das pessoas. Seu trabalho revela dedicação e coerência, aliados a convicção de luta por uma sociedade justa, voltada para o processo permanente de humanização entre as pessoas onde ninguém é excluído ou posto à margem da vida. Paulo Freire provou que é possível educar para responder aos desafios da sociedade, neste sentido a educação deve ser um instrumento de transformação global do homem e da sociedade, tendo como essência a dialogicidade (Freire, 1975, 1976 e 1994).

Pensando como Freire, Hollanda acredita ser necessário que pessoas da comunidade participem das atividades de profilaxia desde o planejamento à execução, trabalhando em grupos para promoção de discussões dos problemas locais, que os ajudaria a compreender melhor seus problemas, seus dilemas e os modos de lidar com eles. Para a educadora é mais do que necessário que pessoas da comunidade participem das atividades propostas. Havia a exigência de um novo pressuposto da ação em saúde pública. Todos os agentes envolvidos deveriam estar preparados para lidar com o encontro da diversidade cultural, em uma relação de complemento e diálogo.

Interpretando Hortênsia de Hollanda, acredita-se que ao falar da participação das populações, a educadora refere-se às pessoas, grupos étnicos e etários, modos de ver e expressar a realidade. Reporta-se às formas associativas existentes, autoridades, recursos institucionais, condições físicas, locais de sobrevivência. Preocupada está com os vários indicadores da organização de vida local – tipos de habitação, recursos hídricos, clima, topografia, meios de comunicação; com a existência de escolas, postos de saúde, atendimento hospitalar, com o comércio e transportes; com as crenças, hábitos e opiniões, e modos de expressá-los.

Hollanda narra fatos acontecidos na intenção de mostrar como é possível desenvolver o senso de comunidade e coletividade, como criar situações que promovam a competição construtiva, o trabalho e engajamento comunitário, em decorrência de um projeto de controle da esquistossomose. Ela não só seleciona o que vai contar, como explicita a maneira de fazê-lo: sua emoção diante dos acontecimentos funciona como um filtro em que através dela conhecemos cada aspecto proposto. Assim afirma no texto que “não existem métodos padronizados para essa tarefa de educação sanitária, pois a educação é fundamentalmente educação social”.

Por não haver métodos padronizados e pela necessidade de adoção de atitudes experimentais, Hollanda mostra a importância da intuição, emoção e sensibilidade no trabalho em saúde. Sobre o tema, Vasconcelos (2006) vem mostrando que se torna cada vez mais evidente como que, nos trabalhos de saúde, a presença, o olhar e o afeto dos envolvidos são mais importantes do que a dimensão racional e lógica da palavra. Para ele, “A palavra parece repercutir muito mais quando expressa sentimentos e valores do que como elemento de transmissão de conhecimentos”. Destaca que “hoje, a carência de informações técnicas tornou-se relativamente menos importante, tornando mais significativas as práticas educativas que lidam com as motivações e os sentimentos envolvidos nos problemas de saúde”.

Hortênsia de Hollanda sugere assim uma abordagem metodológica de trabalho com líderes comunitários que para a educação em saúde traz resultados positivos. A literatura antropológica e sociológica denomina de informante chave aquela pessoa que pertence a um grupo a ser estudado ou que conhece bem o assunto pesquisado, representando assim uma preciosa fonte de informações (WHO, 1994). Mas a proposta de Hollanda é de que sejam localizadas pessoas na comunidade capazes de colaborar com as atividades educativas, tanto na investigação, quanto no desenvolvimento, gerando parcerias duradouras e o exercício de práticas inovadoras, o que poderíamos chamar então de pessoas chave, o que amplia em muito o papel de cada um, sobretudo na sustentabilidade do processo educativo.

Nota-se que ao falar sobre a reestruturação de atitudes e modificação de comportamentos através das novas situações, conhecimentos e interações, Hortênsia de Hollanda insere outro tema que parece ser alvo de várias reflexões e debates: a educação de adultos. Fazendo uma severa crítica à educação e à formação do professorado da época, questiona o pouco interesse e esforço para

com os adultos, defendendo que “não há justificativa para a difundida idéia de que os adultos não aprendem” e que “é possível uma apreciável reestruturação das atitudes em relação a todos os setores da vida derivada do trabalho educativo de adultos no campo da saúde. Verdadeiros líderes comunais surgem dos grupos trabalhados”. Passa então a narrar um fato para ilustrar esta capacidade de reestruturação e conclui que “só através da educação de adultos podemos criar para as crianças as condições necessárias para a formação de uma nova mentalidade”.

Termina sua fala sintetizando que “A abordagem comunal e de programas integrados visando à melhoria das condições gerais de saúde e de vida é a única que pode assegurar resultados duradouros e econômicos no controle de quase todas as endemias rurais”.

Conclusão - O que podemos apre(e)nder com Hortênsia de Hollanda

Hortênsia de Hollanda constitui-se num extraordinário exemplo de equilíbrio e de síntese entre utopia e adesão ao concreto, entre rigor intelectual e grande humanidade, entre expert-especialista, mulher de cultura e educadora: sempre empenhada, mas jamais subordinada a algum esquema ou dogma ideológico e atravessada pela paixão permanente em conjugar a teoria com ação, individual e coletiva. Representa seguramente uma das contribuições mais efetivas para a saúde pública brasileira no século XX. A sua obra científica, tão intimamente unida à sua personalidade e humanidade, não é apenas um capítulo fundamental e ainda aberto da história da educação em saúde, mas se constitui um imprescindível ponto de referência prático-operativo para as ações educativas em saúde dos pesquisadores, trabalhadores, professores, pessoas, grupos, movimentos, organizações e instituições que trabalham em todas as partes do mundo, envolvidos com o homem, sua saúde, sua vida.

Muito há que ser pesquisado nas ações e obras de Hortênsia de Hollanda. Além das suas idéias, sua prática, sua ação e a participação de uma mulher no mundo da educação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFABETIZANDO o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. Direção: Virgínia Torres Schall. Belo Horizonte: Intervalo Vídeo, 2001. 1 DVD (26 min.), widescreen, color.

Bibeau, Gilles. The circular semantic network in Ngbandi disease nosology. *Social Science and Medicine* 13B, p. 295-307. 1981

Candeias, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde públ.*, 31(2), p. 209-13, 1997.

Candeias, Nelly Martins Ferreira; Abujamra, Alcéa Maria David; Pereira, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Delineamento do papel profissional dos especialistas em educação em saúde – uma proposta técnica. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 25(4), p. 289-98, 1991.

Candeias, Nelly Martins Ferreira; Rice, Marilyn. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 23(4), p. 347-53, 1989.

Chiavaralotti Neto, Francisco; Moraes, Maria Silvia de; Fernandes, Maria Aparecida. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14 (Sup. 2), p. 101-109. 1998

Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas; Almeida Filho, Naomar de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9(2), p. 315-33, maio-ago. 2002.

Diniz, Maria Cecília Pinto. A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para compreensão da Educação em Saúde no Brasil. Tese de doutoramento, Belo Horizonte, Instituto René Rachou/Fiocruz. 2007.

Diniz, Maria Cecília Pinto; Braga, Rosalina Batista; Schall, Virgínia Torres. As representações sociais da esquistossomose de escolares de área endêmica de Minas Gerais. *Ensaio*. Belo Horizonte, v.5, n.2, p. 109-123. 2003

Freire Paulo 1975. *Pedagogia do Oprimido*. 2ª ed., Paz e Terra, Rio de Janeiro, 218 pp. Carson R 1962 *Silent Spring*. *New Yorker Magazine*.

_____ 1976. *Ação cultural para liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

_____ 1994. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 3ª. ed., Paz e Terra, São Paulo, 245 pp.

Fabrega, Horacio. *Disease and Social Behavior: Na Interdisciplinary Perspective*. Cambridge, The MIT Press. 1974

Gazzinelli, Maria Flávia; Reis, Dener Carlos dos; Marques, Rita de Cássia (Orgs.) Educação em Saúde: teoria, método e imaginação. Belo horizonte: Editora UFMG, 2006, 167p.

Gomes, Regina Célia Nogueira. Formação humanista do medico: contribuições para uma reflexão na contribuição de Carl Rogers. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas. 2002.

Good, Byron J. "The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iram". Culture, Medicine and Psychiatry. New York, v. 1, p. 25-58. 1977

Good, Byron J. Medicine, Rationality and Experience. New York, Cambridge University Press. 1994

Hollanda, Hortênsia Hurpia. Informe curricular. Rio de Janeiro. 1996

Kleinman, Arthur Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley, University of California Press. 1980

Lefèvre, Fernando; Lefèvre; Ana Maria Cavalcanti; Scandarc, Sirle Abdo Salloum; Yassumaro, Sueli. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 405-414. 2004

Lima, Ana Luce Girão Soares de; Pinto, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do ministério da Saúde. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10(3), p. 1037-51, set-dez., 2003.

Lima, Magali Alonso; Zancan, Lenira P. O discurso da educação em saúde (1940-1980): uma contribuição para a história das políticas públicas de saúde no Brasil. In: LIMA, Magali Alonso et al. Contribuição para análise de políticas públicas no Brasil: educação, saúde e mudança social. Rio de Janeiro. Cadernos do ICHF; n.45, p.1-40, mar.1991.

Minkler, Michael. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Outreach Project. Health Educational Quarterly, v. 4, p. 303-314. 1985

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, Ministério da Saúde. 2001

Ministério da Saúde/ Divisão Nacional de Educação Sanitária – Ministério da Educação e Cultura/ Programa de Melhoria e Expansão do Ensino. : um programa de saúde destinado a professores e alunos de 5ª a 8ª série do 1º grau. Hollanda, Hortênsia H. de (org.). Rio de Janeiro, 314 p., 1977

Ornellas, Cleusa Panissete. Educação em saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. 1981.

Oshiro, Julieta Hitomi. Educação para saúde nas instituições de saúde pública. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica. 1988.

Piaget, Jean. *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires: Aique. 2001

_____. Intelligence and affectivity: their relationship during child development. *Annual Reviews*, Palo Alto-CA. 1954.

Reis, Dener Carlos dos. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzineli, Maria Flávia; Reis, Dener Carlos do; Marques, Rita de Cássia (Orgs.) Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p.19-24

Rosenbaum, J; Nathan, MB; Ragoonansinh, R; Rawlins, S; Gayle, C; Chadee, D; Lloyd, L. Community participation in dengue prevention and control: a survey of knowledge, attitudes, and practice in Trinidad and Tobago. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 53, p. 111-117. 1995

Schall, Virgínia Torres. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n 2, p. 149-159. 1999

Schall, Virgínia Torres; Massara, Cristiano Lara; Diniz, Maria Cecília Pinto. 2007. Educação em Saúde no controle da esquistossomose. In: Carvalho, Omar dos Santos, Lenzi, Henrique Leonel e Coleho, Paulo Marcos Zechi (org.). *Esquistossomose*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007 (no prelo)

Silva, Sylvia Helena Souza da. Professor de medicina: diálogos sobre sua formação docente. Tese de doutorado em Educação. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 1997

Staiano, Kathryn. Alternative therapeutic Systems in Belize: a semiotic framework. *Social Science and Medicine* 15B, p.317-332. 1981

Valla, Victor Vincent. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 569-579. 1999

Vasconcelos, Eymard Mourão. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo, Editora Hucitec, 1999

_____. Educação Popular: de uma prática alternativa à uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83. 2004

_____. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Eymard Mourão Vasconcelos. (Org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo, Editora Hucitec, p. 13-157. 2006

Vieira, Evaldo. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel, 1951 a 1978. São Paulo, Cortez, 1983.

Vygotsky, Lev Semenovich. Teoria e método em psicologia. São Paulo, Martins Fortes. 1996

Wallon, Henri. A atividade proprioplástica. In: Nadel-Brulfert J. & Werebe, M.J.G. Henri Wallon (antologia). São Paulo: Ática, 1986.

WHO. World Health Association. Division of Mental Health. Qualitative Research for health programmes. Geneva, WHO. 1994

Young, Alan. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. American Anthropologist. New Series v. 78, n. 1, p. 5-24. 1976

_____. The anthropologies of illness and sickness. Annual Review of Anthropology. v. 11, p. 257-285. 1982

Educação sanitária na profilaxia das endemias rurais

Por Hortênsia Hurpia de Hollanda, 1956

No decorrer das aulas deste curso, foi muitas vezes chamada a atenção para o papel da educação sanitária como fator de profilaxia e controle das endemias rurais no Brasil. Sobre a necessidade da educação sanitária parece não haver dúvida, especialmente em programas de erradicação ou de controle de doenças em cuja epidemiologia os modos de viver, as práticas e as atitudes das populações são reconhecidos como fatores importantes de sua incidência.

Notamos, porém, que a maioria das pessoas, referindo-se à educação sanitária, está na realidade pensando em termos de informação científica sobre determinados assuntos de saúde, na suposição de que o conhecimento conduziria logicamente à mudanças de comportamento desejada. Assim, no caso da esquistossomose, as populações às quais se facilitassem conhecimentos sobre o modo de transmissão da doença, com ênfase sobre o papel do caramujo como hospedeiro intermediário e o das cercárias na infestação do homem, deveriam conseqüentemente evitar os atuais focos de contaminação e tomar as medidas tendentes a impedir a criação de novos focos. A experiência, no entanto, revela que nas áreas endêmicas, apenas uma reduzida porcentagem da população modifica efetivamente suas atitudes e práticas, quando informada sobre o ciclo evolutivo do Schistosoma e sobre a localização dos focos potenciais de infestação. Vimos que as pessoas que respondem ao apelo do material educativo distribuído ou ao conselho do pessoal de saúde são

significativamente, aquelas que já demonstravam interesse por questões de saúde e que pertenciam a grupos econômicos mais favorecidos.

A idéia de que o conhecimento modificaria a conduta deriva certamente da concepção racionalista do homem – de que o homem é um animal capaz de raciocinar das premissas a conclusões, e guiar a sua atividade pelas conclusões lógicas. Sem negar o papel do conhecimento no comportamento consciente, devemos lembrar, no entanto, que o homem é antes de tudo um animal afetivo, cujo pensamento e ação sofrem irremediavelmente as influências do meio em que vive, e do jogo das interações entre o seu organismo total e o ambiente em que se desenvolve.

Uma revisão do conceito de conhecimento é, portanto, de primordial importância para todos aqueles que se empenham em tarefas educativas. E nenhum médico pode se evadir de sua função pedagógica.

Os indivíduos trazem para cada situação de aprendizagem o seu mundo de experiências, idéias, valores e expectativas, que determinarão, em grande parte, o que será percebido e incorporado, assim como o que não será percebido ou rejeitado. Esses valores e expectativas foram condicionados significativamente pelo mundo social em que nasceram e se criaram as pessoas. A verdade é que nascemos em um grupo social, encontramos nele uma situação feita e, nesta, modos de interpretar o mundo, modos de agir, que são desse grupo, e dos quais começamos a participar desde os primeiros momentos da vida.

Assim, o problema da educação sanitária não é propriamente de dar conhecimentos, especialmente quando se trata daqueles grupos culturalmente mais atrasados, mas sim de reestruturação de atitudes, de concepções de vida já existentes. Esses grupos, que tão sumariamente chamamos de ignorantes, na verdade têm apenas uma outra concepção da vida, não científica, mas, de qualquer forma, uma concepção que os ajuda a aceitar e a interpretar o mundo.

O médico que lida com pessoas de grupos sociais diferentes principalmente nas áreas chamadas subdesenvolvidas, precisa ter em mente que, a recomendação, o conselho em relação a um comportamento específico, como o evitar o contato com os focos de infestação esquistossomótica – não terá sentido para aquelas pessoas, a menos que se relacionem com a sua própria valorização da saúde, sua concepção particular de vida e muitas outras coisas mais. Às vezes a doença representa para aquela gente um meio de justificar a pobreza, o fracasso diante da vida. Para realizarmos uma tarefa de educação sanitária, temos que procurar compreender o todo de que fazem parte, das atitudes em relação a determinadas doenças e tratar de modificar essa concepção mais alta da qual decorrem as outras, mais específicas.

A especialização, provocada pela quantidade cada vez maior de fatos em cada disciplina, tem concorrido para uma perda da visão total dos problemas do homem. Os filósofos já chamaram a atenção para a dramática fragmentação do homem pelos especialistas, que não sabem nada um do outro. As múltiplas especialidades cada vez maiores das ciências particulares empenhadas no estudo do homem confundiram e obscureceram mais do que elucidaram a concepção dos problemas básicos humanos.

Em Saúde Pública, a educação sanitária representa um esforço no sentido de integração, no sentido de encerrar o homem, objeto da medicina, dentro do contexto social em que se criou e em que vive esse homem.

Para a perfeita compreensão dessa abordagem, é fundamental o conceito de cultura, a qual podemos definir, curta e simplesmente, como “o comportamento e os produtos do comportamento de um grupo humano”. Cada indivíduo tem potencialmente muitos caminhos para se desenvolver, mas a cultura é uma grande limitadora, no sentido de que todas as necessidades individuais, mesmo as mais básicas fisiológicas – como de alimentação e de reprodução – são, no entanto, reguladas pela cultura em que a pessoa nasce. Daí os padrões de comportamento em relação aos sexos opostos, variando nitidamente de grupo (a poligamia aceita em certas culturas, enquanto, em outras, a monogamia é reforçada com drásticas sanções por parte da sociedade). No que se refere ao problema alimentar, vamos encontrar uma rica variedade de dietas, dependentes em parte dos alimentos naturais da região onde floresce esta ou aquela cultura, mas, em grande parte, determinada pela tradição, pela tecnologia, pelas atitudes diante da vida, pela organização social, etc. Há, portanto, inúmeras soluções para os problemas básicos humanos, determinados pela cultura.

Decorre desse conceito a verdade sociológica simples, mas fundamental, de que uma unidade de conduta não é um ato isolado, mas parte integrante de padrões pré-estabelecidos de pensamento e de conduta.

Outro conceito importante é o de mudança cultural, especialmente no planejamento de programas com ação educativa para as áreas subdesenvolvidas. Em ritmo mais lento ou mais apressado, realizam-se mudanças nos modos de viver de um grupo humano. Com o avanço da tecnologia e o fantástico aperfeiçoamento dos meios de comunicação, a nossa geração pode assistir e medir, especialmente nos centros urbanos, as modificações que se operaram na estruturação dos valores, nos papéis atribuídos aos diferentes membros ou grupos da sociedade, produzidas pela rapidez com que as idéias circulam pelo rádio, pelo cinema, pela imprensa, pelo avião, pelo automóvel, etc. Sabemos por isso que nas áreas tecnologicamente mais avançadas, aonde o impacto das idéias vindas de outras regiões e centros é constante, o problema da educação é em grande parte um problema de controle dos meios de comunicação (instituições educacionais, rádio, imprensa, teatro, cinema, etc.).

Nas áreas rurais, particularmente das regiões subdesenvolvidas, onde as populações vivem mais isoladas, em ritmo lento de mudança, desligadas, às vezes quase que totalmente, do progresso que se processa em outras regiões do mesmo país, a educação sanitária tem que se basear nos contatos pessoais, na aproximação dos grupos primários e na elaboração de programas coordenados com outras entidades – a escola, a igreja, as organizações de fomento agrícola, e outras. A Saúde Pública é, potencialmente, uma grande força de mudança cultural nas áreas subdesenvolvidas de nossa terra, desde que ela aborde os problemas em sua totalidade, procurando a participação da população, fazendo com que cada atividade de assistência médica ou de profilaxia vise o levantamento das possibilidades físicas e espirituais de cada indivíduo e da comunidade em geral. Aqui, a educação sanitária não pode ser definida em termos de

conhecimentos, de divulgação de informações, tem que ser encarada como um programa de ação, no qual haja oportunidade para o trabalho de cada um dos habitantes da área em foco.

Um fator fundamental no trabalho de assegurar a participação individual e coletiva das populações nos programas de profilaxia é a capacidade do médico de se identificar emocionalmente com a tarefa, e de sentir-lhe a dimensão sociológica. Não haverá profundidade, nem resultados duradouros sem uma identificação emocional com o problema. Não creio que alguém tenha conseguido no campo da educação qualquer resultado ponderável com uma aproximação fria, embora competente, do problema humano.

Qualquer serviço de saúde, para ser educativo, para ter continuidade no tempo e no espaço, terá que contar com pessoal capaz de sentir e de compreender os aspectos psicológicos, sociais e econômicos do problema médico.

O trabalho de saúde pública exige ainda certa dose de espírito missionário, no sentido de desejo intenso e autêntico de resolver o problema, porque este é visto como uma situação injusta que não deve persistir.

Tal atitude depende em grande parte de uma sensibilidade pessoal para os problemas sociais, mas não se pode negar a importância do fator formação. Na realidade só percebemos aquelas coisas que a nossa própria sensibilidade distingue e procura, ou aquelas para cuja percepção fomos alertados intelectualmente. A sensibilidade para os problemas sociais, embora decorra de uma disposição da personalidade, pode ser desenvolvida pela formação profissional.

Cada médico devia ser formado para ser um educador, no sentido de que em cada contato seu com os pacientes ou membros da comunidade se estabeleçam verdadeiramente uma comunicação de idéias e de sentimentos. O médico devia ser preparado para perceber e compreender as forças sociais como fatores epidemiológicos e determinantes de certos quadros da doença. Isto é que é essencial. Não há técnica nem material educativo que possa substituir essa capacidade de compreender e de fazer compreender.

Há situações em que sentimos essa necessidade com maior agudeza. Recordo bem que, logo no início de minha experiência no trabalho educativo em programas de combate à esquistossomose, senti como uma atitude de compreensão das motivações era fundamental. Em uma reunião de líderes de um município de Pernambuco, destinada a mobilizar o interesse dos donos de engenho para medidas de profilaxia da esquistossomose, uma das senhoras me afirmava que qualquer esforço seria inútil. A gente era ineducável.

- “A senhora imagina” – disse-me ela – “que eu mandei abrir um poço para os trabalhadores de meu engenho para que tivessem água boa, e no dia seguinte soube que haviam defecado dentro do poço. Preferem a porcaria”.

Tomando ao pé da letra, tal fato poderia levar-nos a um julgamento pessimista. Mas, antes de julgar, teríamos que conhecer o tipo de relações existentes entre aqueles donos de engenho e o grupo de trabalhadores. Esse ato de defecar num poço, classificado como prova de ignorância e de agressividade

insuperáveis, não teria sido talvez a maneira infeliz de darem expressão a sentimentos de revolta, longamente recalçados?

É preciso lembrar que os grupos vivem uns com os outros, ou uns contra os outros. Todos nós pertencemos a grupos e sabemos que essa é a realidade. Mesmo dentro da mesma profissão, entre médicos, por exemplo, formam-se grupos ligados por interesses ou por orientação metodológica que se opõem permanentemente, ou se reúnem para a defesa de interesses ou pontos de vista comuns. Essa oposição pode ser frequentemente estimulante ou construtiva, porém determina uma verdadeira deformação da percepção. Isto é muito mais verdadeiro quando se trata de grupos sociais irremediavelmente dependentes um do outro, como é o caso da relação entre os donos de propriedades agrícolas e os trabalhadores assalariados, nas áreas de latifúndio. Cada um desses grupos tem que ser aproximado em relação ao mesmo problema de saúde de uma forma diferente. A conduta do segundo não pode ser encarada friamente como um comportamento isolado. Ela tem que ser encarada como um todo, ainda que o nosso interesse profissional focalize apenas os itens que se referem à epidemiologia da doença. Todo um trabalho de aproximação emocional do grupo, através da modificação da atitude geral dos donos, seria necessária, antes de esperarmos mudanças no comportamento daquela população. Só teríamos êxito o dia em que os próprios trabalhadores sentissem a necessidade da medida e trabalhassem por ela. E aqui tocamos um princípio importantíssimo em qualquer trabalho educativo. O pensamento se modifica através da ação. O pensamento da gente simples não se modifica na contemplação das coisas. A mão é um instrumento maravilhoso para a transformação do pensamento. Tudo aquilo em cuja execução participamos ativamente, tudo aquilo em que empenhamos o nosso esforço, adquire um sentido dinâmico para nós, enriquece o pensamento, dá-lhe segurança.

Todo o trabalho de educação sanitária deve, por isso, tanto quanto possível, trazer as pessoas para participarem na atividade de profilaxia desde o seu planejamento até a sua execução. A formação de grupos para a discussão dos problemas locais da comunidade favorece a mudança da mentalidade, o surgimento de aspirações para a comunidade. Mesmo que seja necessária a ajuda do Governo, qualquer medida terá um significado que não teria se dada de presente.

Na Paraíba, onde foram instalados postos de tratamento de esquistossomose, formamos grupos de moradores nas localidades para discussão dos problemas de saúde da população local. A princípio houve pouco interesse em projetos coletivos, os interesses pessoais sobrepunham-se aos da comunidade. Quando o grupo começou a fazer alguma coisa – primeiro uma pequena melhoria na escola, depois uma festa para o resto do povo da localidade e finalmente iniciando uma campanha de fossas – rapidamente se desenvolveu neles o senso de comunidade, o sentido de coletividade que é tão raro entre nós.

Na campanha das fossas, os membros do grupo tomaram a responsabilidade da iniciativa. Na população em geral, os que não podiam pedir a ajuda em tijolos, e os que podiam construir suas fossas por conta própria. Vinham ao posto inscrever-se, receber orientação e o material, quando fosse o caso. Como cada membro da equipe era responsável por sua rua, surgiu a competição construtiva. Cada qual queria

apresentar maior produção. Organizaram um mapa aonde iam sendo assinaladas as casas com fossas em início e término da construção.

Por prosaico que pareça, o assunto de fossas tornou-se o assunto do dia. Cada qual se interessava por aperfeiçoar a técnica de construção e por conseguir a ajuda para aqueles moradores inválidos, ou mulheres velhas que não podiam cavar elas próprias as suas fossas. Devido às dificuldades de verbas no princípio do ano, houve uma interrupção de quase três meses de atividade de construção de fossas. Os postos de tratamento não deixaram de funcionar e as educadoras sanitárias trataram de derivar o interesse do grupo para outros assuntos. Mas nas últimas reuniões dos grupos a que assistimos, com o Dr. Olympio da Silva Pinto, coordenador da Campanha Nacional contra a Esquistossomose, os senhores não imaginam a impaciência demonstrada porque não dispunham de material para prosseguir a campanha das fossas. Se pensarmos que a situação comumente encontrada em Saúde Pública é justamente a oposta: fornecendo o Governo as fossas para a população que aceita o presente sem entusiasmo e o utiliza ou não, podemos dizer que a nossa experiência revela a potencialidade do método. Devo esclarecer que a população daquelas localidades é muitíssimo pobre, com a média dos salários não ultrapassando a Cr\$1200,00 por mês; famílias com três ou quatro filhos em média; gente vivendo em mocambos. E contudo essa mesma gente conseguiu dedicar um pouco de seu trabalho, algumas de suas horas livres, para uma medida de proteção à saúde coletiva. Devo acentuar que no trabalho educativo todas as forças sociais foram mobilizadas – a escola, a Igreja, a assistente social que mantinha um precaríssimo salão de costura, e o serviço de fomento agrícola. A instituição da horta escolar estendeu-se às famílias; hoje, quatro meses ainda não decorridos desde a organização da primeira horta, cinquenta por cento das casas têm hortas. Organizou-se um curso de alimentação para donas de casas. Tudo isto foi decorrência do trabalho, apenas para o combate à esquistossomose. A necessidade do ataque do problema, em suas várias “frentes”, norteou a nossa ação para um trabalho mais geral. Embora colocando ênfase na parte de saneamento básico, principalmente na parte de remoção dos dejetos e proteção das fontes de água.

Um outro ponto, para o qual quero chamar atenção, refere-se à atitude experimental diante do trabalho; não existem métodos padronizados para essa tarefa de educação sanitária, pois a educação é fundamentalmente educação social.

Temos que adotar uma atitude experimental, aprendendo dos fracassos. A avaliação deve ser um processo constante e à base da qual re-planejemos e re-orientemos a nossa atividade. É importante acentuar este ponto; qualquer setor do trabalho de desenvolvimento social e econômico exige essa atitude experimental por parte de quem vai executar; nada de esquemas padronizados, rígidos. Há necessidade de uma constante revisão das premissas e dos resultados dos programas de ação. Devemos ter em mente que os grupos e as pessoas a quem dirigimos o nosso trabalho não são estáticos. Re-estruturam suas atitudes e modificam seu comportamento sob o impacto de novas situações, de novos conhecimentos e da interação pessoal.

A personalidade do médico ou do trabalhador de Saúde Pública determina em grande parte a qualidade e o ritmo do trabalho educativo. Nem a melhor formação acadêmica pode suprir a falta de simpatia pessoal, de empatia com o problema humano e social. Na realidade, nenhum médico, enfermeira ou qualquer outro profissional de Saúde Pública, pode prescindir dessa comunicação emocional com o mundo em que vivem os objetos de seu interesse imediato: os doentes, os contatos, os expostos às doenças. Se o médico se identifica com a população, a sua simples presença é um elemento de mudança social grande na localidade, principalmente nas áreas rurais.

É comum ouvirmos afirmações sobre a incapacidade de os adultos mudarem seu comportamento em relação às práticas que interessam à Saúde Pública. Depositam-se as esperanças na formação de uma geração nova, completamente livre dos maus hábitos da atual, considerando-se esforço perdido o empregado com os adultos. No entanto. Na organização política e social do Brasil, não há condições para a educação da criança, separada da sua família, separada do grupo social em que ela vive. Se as escolas são precárias do ponto de vista de instalações, ainda o são muito mais em relação ao professorado. O recrutamento, a formação e o sistema de remuneração do professorado estão a pedir uma total revisão. A escola, como regra, só alfabetiza nada mais. À criança não são oferecidas as oportunidades para o desenvolvimento de suas potencialidades na interação inteligente com o seu próprio ambiente. Nessas escolas as professoras não têm a formação adequada para a educação em relação à saúde. A ignorância realmente é constrangedora. Aliás, participam dos padrões culturais dos grupos de população a que pertencem. Nestas condições como pensar na formação de uma nova mentalidade através do sistema de escolas primárias apenas?

O problema tem que ser atacado simultaneamente nos vários níveis do ensino, na família, e através de todos os contatos com a população adulta. Não há justificativa para a difundida idéia de que os adultos não aprendem. As experiências psicológicas demonstram que a idade não representa uma barreira para a aprendizagem e a conseqüente mudança de comportamento. Há apenas uma questão de abordagem e de utilização das motivações dos grupos que nos interessam. A experiência tem mostrado que é possível uma apreciável reestruturação das atitudes em relação a todos os setores da vida derivada do trabalho educativo de adultos no campo da saúde. Verdadeiros líderes comunitários surgem dos grupos trabalhados.

Em uma das localidades onde desenvolvemos os trabalhos de profilaxia com a participação do povo, uma mulher que mora ao lado do posto de tratamento tornou-se um elemento valioso no trabalho educativo da comunidade. Doente de esquistossomose, havia se submetido a tratamento e ficara boa. Todos os exames de controle foram negativos, até o ditavo. Era a vice-presidente do clube das senhoras, organizado para mobilizar o interesse da população nas medidas de profilaxia. Todo o dia de consulta do posto chamava os doentes para a sua casa e, embora analfabeta, com a ajuda das ilustrações dos cartazes e dos folhetos, sentava-se no chão da casa desnuda de móveis e explicava para os pacientes novos o ciclo evolutivo do verme, o mecanismo de transmissão da doença e recomendava as medidas de proteção.

- “Olhá”, dizia, “eu era uma doente, cansada, sem coragem para nada, a comida caía no estômago como um tijolo... Agora cuido de minha casa, de meus filhos e devo tudo ao posto da Malária, que antes nenhum médico me dava jeito... A gente pega essa malvada é mesmo no rio... Fazer poço em casa, não é difícil...” e continuava a falar. Era uma beleza como dona Amélia falava. Magrinha, pequena, séria, e extraordinariamente ativa.

Um dia, depois do citado exame de controle, pediu novo exame de fezes, que deu positivo. Então perguntou à educadora sanitária porque dera positivo. “Bem, dona Amélia”, respondeu ela, “às vezes ocorre assim. Parece que nem todos os vermes morreram, ficaram apenas incapazes de botar ovos durante algum tempo. Mas agora alguns recuperaram a sua capacidade de botar ovos. A senhora precisará fazer um novo tratamento”. Depois de ouvir atentamente, dona Amélia falou suavemente “não é nada disso, dona Malvina; é só que eu fui outra vez ao rio. Por que esse povo aí andava dizendo que era besteira, que no rio não se apanha esquistossomose. Então eu fui, para mostrar a eles que é lá mesmo que se apanha”. Tipos assim não são raros. É uma gente realmente cheia de altas qualidades de inteligência e de solidariedade humana.

Narrarei este fato apenas para ilustrar a capacidade de reestruturação de atitudes dos adultos. Só através da educação de adultos podemos criar para as crianças as condições necessárias para a formação de uma nova mentalidade.

Agora, passemos a algumas considerações gerais sobre métodos de educação sanitária para o combate às endemias rurais.

Preliminarmente, quero ressaltar que qualquer serviço de profilaxia deve ser planejado para ser educativo. Para tanto é fundamental a definição das doenças em termos de conduta. Assim, por exemplo, a esquistossomose, do ponto de vista educativo, é uma doença culturalmente condicionada; ela se mantém como uma endemia, por modos de viver da população; ela se expande de acordo com os movimentos migratórios e as vias de comunicação. Portanto, desde o primeiro planejamento de combate temos que ter as vistas voltadas para as mudanças de comportamento necessários e para os meios de alcançar tais mudanças. A primeira condição de êxito é a formação de pessoal capaz de trabalhar com vistas para tais objetivos.

Em esquistossomose, porque ela incide especialmente em populações extremamente pobres, é preciso que outras atividades se desenvolvam para a melhoria das condições gerais de saúde — assistência médica geral e condições para melhorar o rendimento econômico. Onde não há oportunidade de trabalho, a saúde não pode ser valorizada em si. A saúde tem que ser um meio para uma vida melhor.

Para esse fim é indispensável a coordenação das entidades, trabalhando para o desenvolvimento social e econômico. Tal coordenação deverá efetivar-se tanto no plano federal, como regional e local. Para a maioria das parasitoses intestinais são válidas as mesmas considerações gerais em relação ao método.

Um programa de erradicação tem que ser planejado buscando melhorar tais condições sociais. A abordagem comunal e de programas integrados visando à melhoria das condições gerais de saúde e de vida é

a única que pode assegurar resultados duradouros e econômicos no controle de quase todas as endemias rurais.

Resumo

O artigo apresenta a transcrição de uma aula da educadora brasileira, Hortênsia Hurlia de Hollanda intitulada: “Educação sanitária na profilaxia das endemias rurais”, proferida em um curso de atualização sobre endemias rurais e incluída nos Anais da Faculdade Fluminense de Medicina em dezembro de 1956. A publicação comentada do manuscrito busca evidenciar o pioneirismo de Hollanda, cuja obra tem sido pouco explorada, considerando-se a dimensão de seu papel para a área da educação em saúde no Brasil. A sensibilidade para os problemas sociais, a importância da participação da população e uma atitude experimental são alguns dos aspectos que estão presentes no texto da educadora, revelando uma ancoragem teórica avançada para o seu tempo e uma prática original e pioneira que se mantém como um ideal a ser alcançado nos dias atuais.

Palavras-chave: história da Saúde Pública, educação em saúde, esquistossomose, população local, ações comunitárias.

Nota:

1- A denominação autoritária e normatizadora é utilizada por Vasconcelos, 1999 quando escreve sobre as transformações da educação em saúde e do relacionamento entre os serviços de saúde e a população.

III.2 “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento” – O Guia de saúde na Amazônia

O livro “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento” foi descoberto em uma das viagens ao Rio de Janeiro para coleta de depoimentos, quando foi realizada a entrevista com Evany Gualberto¹. Hollanda foi convidada a produzir, em parceria, o livro com Gualberto quando esta exercia a função de diretora da Divisão Nacional de Educação Sanitária do Ministério da Saúde, nos anos de 1970 a 1972. Tínhamos o relato da existência deste livro, mas não esperávamos localizá-lo, muito menos adquirir um exemplar.

Foi com grande satisfação que recebemos de Gualberto o “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento”, embora esta educadora não tenha muitas lembranças de como foi produzido, a não ser o ano de publicação, 1972. Nosso intuito neste momento foi fazer uma leitura, um “passeio” pelo livro, sem a intenção de promover uma análise profunda do tema e do texto proposto. Nosso objetivo é explorar aspectos que já na primeira leitura detectamos como importantes para uma publicação que se destinava à população da Amazônia.

O “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento” traz na capa (FIG. 20) o título Guia de saúde para Amazônia e aborda alguns problemas de saúde mais comuns da região Amazônica na década de 1960/1970, ressaltando a sua relação com os modos de viver do homem no seu ambiente.

Sugere-se que as autoras tenham recebido a contribuição da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABIFARMA) já que trazem na capa e contracapa o nome dessa associação, seu endereço e a seguinte frase: “Os laboratórios brasileiros produzem 98% dos remédios prescritos pela classe médica do país”. O relato de Gualberto confirma que este foi produzido pelo Ministério da Saúde, o que não exclui a possibilidade de uma colaboração da associação. Outra informação obtida no próprio material é de que foi realizada uma tiragem de dez mil exemplares.

Uma particularidade descoberta com o folhear do livro é que traz no verso da folha de rosto um Currículo Vitae das autoras, o que acaba por nos ajudar a confirmar a data de publicação, pois o último ano de atividade citado é 1972.

No prólogo do livro as autoras afirmam que:

“esta abordagem dos problemas de saúde ajudará as pessoas a entenderem e a aceitarem melhor certas medidas e requisitos relacionados com a prevenção da saúde e o tratamento das doenças” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 3).

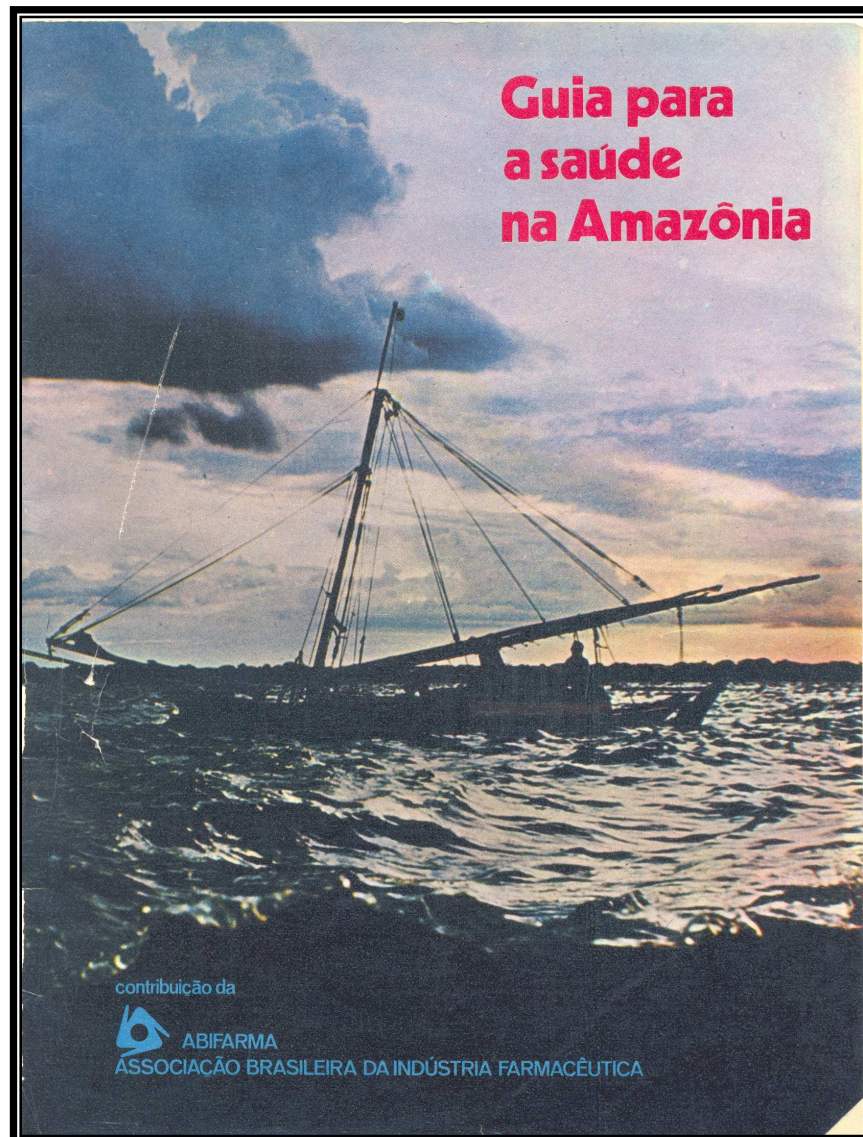


FIGURA 20 – Capa digitalizada do livro “Saúde: Meio Ambiente e Comportamento”, 1972

Tido pelas autoras como um manual, o livro era “dirigido particularmente aos profissionais e pessoas multiplicadoras da informação: professores, assistentes sociais, extensionistas, pessoal auxiliar de saúde, etc.” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972), embora pretendesse ser de valia para qualquer pessoa vivendo na Amazônia.

Todas as imagens do livro são caricaturais, utilizando no máximo três cores além do preto e branco. São numeradas e legendadas, sempre ligadas ao decorrer do texto. Foram elaboradas por Antonio Pereira da Silva, a quem as autoras tecem um agradecimento especial por “cuja sensibilidade artística e rara capacidade de

rápida apreensão dos conceitos e fenômenos médicos que queríamos comunicar, fizeram possível a ilustração deste livro em apenas alguns dias” ((HOLLANDA & GUALBERTO, 1972).

O índice (FIG. 21) apresenta os seis capítulos com a qual as autoras preocuparam-se para a construção do livro. Traçam um caminho que tem início no debate relacionado aos problemas de saúde na Amazônia, passando às doenças encontradas e chegando a apresentação das bases para melhor adaptação ao meio ambiente e para a saúde da população amazônica.

ÍNDICE		
I	INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA	8
II	CONCEITO DE PARASITISMO	12
III	DOENÇAS LIGADAS À ECOLOGIA DA AMAZÔNIA	13
	Malária	
	Febre amarela silvestre	
	Leishmaniose	
	Algumas doenças da pele	
IV	OUTRAS DOENÇAS COMUNS NA AMAZÔNIA	20
	Parasitoses intestinais	
	Doenças do fígado	
	Tuberculose	
	Venéreas	
	Lepra	
V	AS DEFESAS NATURAIS DO ORGANISMO	30
	Doenças controladas por vacinação	
VI	BASES PARA MELHOR ADAPTAÇÃO AO MEIO AMBIENTE E PARA A SAÚDE	34
	Construção da casa	
	Remoção dos dejetos	
	Alimentação	

FIGURA 21 – Índice digitalizado do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972

Pode-se dizer que é um pequeno livro, com um total de 40 páginas, divididas entre uma grande parte de texto e outra de figuras. O material é inovador para a década de 1970, pois somente depois da Conferência de Estocolmo (1972) que publicações relativas à educação ambiental são produzidas.

Mostram que, tendo em conta os vários projetos de colonização e as várias obras de desbravamento e infra-estrutura realizados nesta época, pareceu oportuno e conveniente organizar as informações sobre problemas de saúde como um subsídio ao trabalho dos profissionais empenhados na educação e na orientação das novas comunidades e grupos que estavam se formando na região.

Já no primeiro capítulo, “Introdução ao problema de saúde na Amazônia” escrevem que não era impossível o surgimento de problemas até então inexistentes na Amazônia. Citam a abertura na selva de 12.000 km de rodovias, a implantação de cerca de 300 fazendas para criação de gado, a corrida nacional e internacional para exploração das riquezas do subsolo, dentre outros. Chamam à reflexão sobre esses problemas visando preservar a Amazônia, tida como “uma imensa fonte de energia e de purificação do ar para regiões que superam de longe os limites geográficos onde se encontra a floresta” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972).

Segundo as autoras:

“O desafio será colonizar, produzir, sem destruir essa preciosa reserva florestal. Será de encontrar modos de vida e de civilização que respeitem e preservem o meio natural amazônico e os valores que ele representa” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 10).

Ilustram (FIG. 22) o final deste capítulo com o mapa brasileiro, em que se sobrepõe os limites da floresta amazônica, abrangendo o que atualmente são os Estados da Acre, Amapá, Amazonas, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Ressaltam nas cores e na legenda da figura (Fig.2 – A floresta amazônica, última e grande reserva florestal da Terra) a importância da Amazônia para o planeta, que atualmente sabemos sofrer com o impacto do investimento externo e do crescimento populacional.



FIGURA 22 – Digitalização da figura 2 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.

No segundo capítulo do livro promovem o conceito de parasitismo, mostrando que, provavelmente, desde o começo da vida do homem na terra, ele tenha servido de hospedeiro a muitos e diferentes parasitos, já citando diferentes espécies como os da malária, da hepatite, das doenças venéreas, da amebíase, e outros. Partem para escrever sobre o ciclo de vida dos parasitos e depois dos fatores que influenciam a freqüência das doenças parasitárias em uma população. Terminam este capítulo com a FIG. 23, em que esquematizam os motivos que diminuem ou aumentam a freqüência das doenças parasitárias, não escrevendo legenda para a figura, e somente numerando-a.

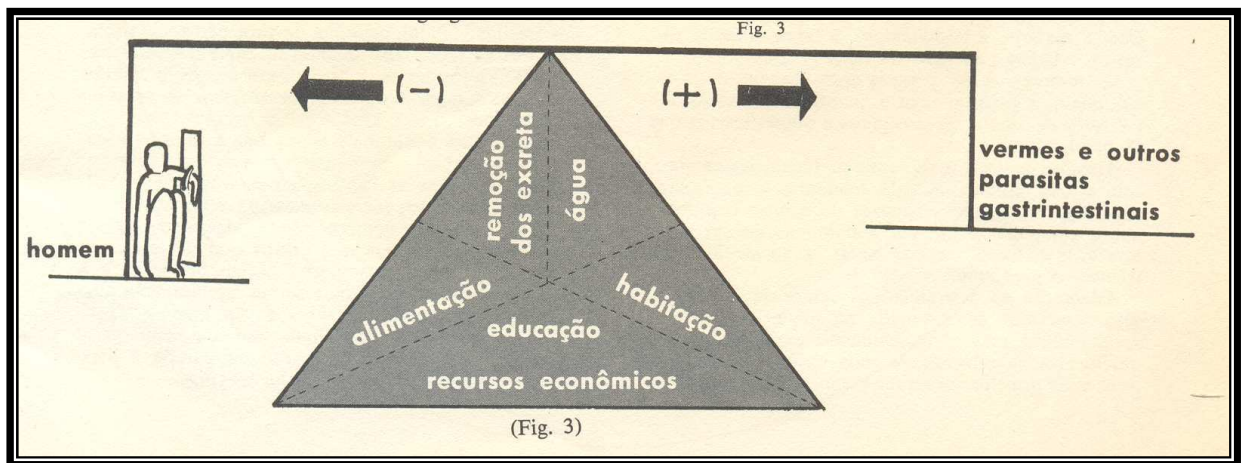


FIGURA 23 - Digitalização da figura 3 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.

O terceiro capítulo, denominado “Doenças ligadas à ecologia da Amazônia” tem início com três pequenos subtópicos relacionados aos insetos (Os insetos; Adaptação ou destruição; Das diferenças de hábitos, criadouros e periculosidade dos insetos mais comuns na região), em que escrevem sobre o susto, dos que chegam à Amazônia, em relação à quantidade, variedade e força de ataque dos mosquitos e outros insetos, que também chamam de carapanã ou pium; da inútil e perigosa medida que é a utilização de inseticidas nas matas e da prudência daqueles que observam a população local antes de adotar medidas de proteção; e por fim, fazem a distinção entre os insetos transmissores de doenças e os que são “mais incômodos do que perigosos”. Para ilustrar apresentam, no início do capítulo, a figura a seguir (Fig. 24), sem legenda (além da indicação Fig.4 e Fig.5), mas com o intuito de chamar a atenção para os “carapanãs”: pernilongos e anofelinos, segundo elas reconhecíveis pela posição de pouso na parede e pela posição horizontal da larva na água.

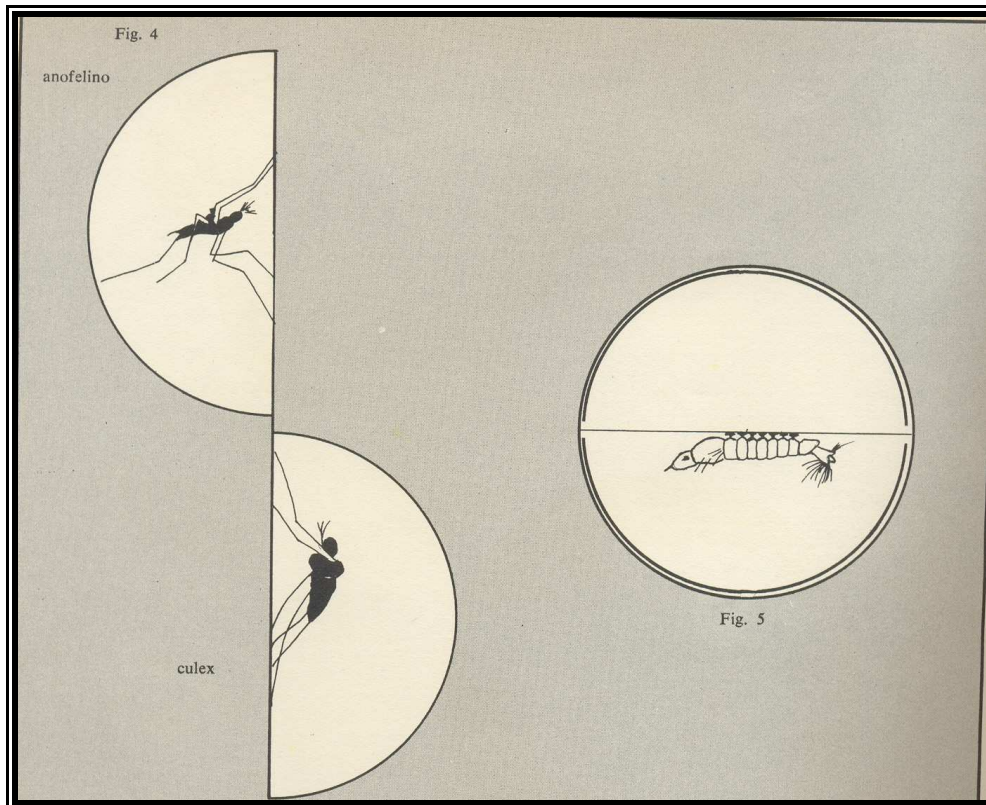


FIGURA 24 – Digitalização das figuras 4 e 5 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972 - Anofelino e culex (à esquerda). Larva (à direita).

Neste mesmo capítulo detalham ainda as doenças ligadas à natureza da região Amazônica, apresentando a malária, a febre amarela silvestre, a leishmaniose e as “doenças de pele”. Entre essas doenças, a que traz maior número de informações é a malária, talvez por ser mais conhecida e difundida em toda região Amazônica, principalmente ao longo dos rios.

Interessante mostrar a preocupação das autoras em apresentar as possíveis sinonímias das doenças, o que poderia facilitar o diálogo dos profissionais com a população. Assim falam de “tremedeira”, “febres”, “maleita”, para a malária; de “ferida brava” para a leishmaniose; de “tinha”, “pé de atleta” e “pano branco” (pitiríase) para as micoses comuns da pele. Além das sinonímias apresentam outras, sempre entre aspas, que mostram a preocupação em considerar as experiências concretas da população amazônica, tais como: “carapanãs” – pernilongos, “mosquito palha” – flebótomo transmissor da leishmaniose, “invasores oportunistas” – fungos, “perebas” – feridas usualmente com pus. Tal preocupação também pode ser encontrada nos próximos capítulos.

No quarto capítulo, “Outras doenças comuns na Amazônia” apresentam como freqüentes as parasitoses intestinais, as doenças do fígado, a tuberculose, as

doenças venéreas (Gonorréia e Sífilis) e a lepra. Mostram que a população exposta ao risco das doenças tem relação direta com o comportamento e modos de viver destas mesmas pessoas. Em relação às parasitoses intestinais, chamam a atenção para a necessária remoção dos dejetos humanos e para a adoção de técnicas de construção de privadas higiênicas ou sistemas coletivos de esgoto, conclamando os profissionais a mostrar para a população em geral que a invasão do organismo tem também relação direta com outros comportamentos e modos de viver. Explicam que a boca e a pele são portas de entrada para vermes, amebas e germes e apresentam alguns comportamentos que podem evitar o contágio, tais como:

“Comportamentos que barram a entrada dos ovos e germes no organismo:
- lavagem das mãos antes de preparar os alimentos e de comer;
- filtrar ou ferver a água para beber;
- lavagem cuidadosa dos alimentos crus;
- proteção dos alimentos contra moscas, baratas, poeira;...” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 21).

A ilustração (FIG. 25) que se segue esta parte do livro (no livro figura 13- sem legenda) merece comentário, pois primeiro destaca uma parte do corpo humano, o tubo digestivo, sobreposto ao corpo como um todo, o que promove a compreensão “de um todo composto de partes”. Além disso já vinha mostrando uma crescente preocupação dos que produzem materiais educativos ou de divulgação científica em saúde: incluir imagens reais de seres microscópicos com a presença do microscópio e o campo indicando aumento, o que era raro ou mesmo ausente em materiais daquele tempo (SCHALL, 1998; SCHALL, MASSARA & DINIZ, 2008). A figura apresenta ovos de ancilóstomos, schistosoma e áscaris a partir de um aumento de escala, para que o leitor saiba como são na realidade.

Escrevendo sobre a ancilostomíase, desmistificam a “preguiça” acarretada pela anemia, que é uma má oxigenação do tecido nervoso, trazendo a sonolência, a indisposição geral, a fraqueza muscular e a redução da capacidade física. Mostram que essa anemia é tanto mais grave por que em geral as pessoas carecem de uma alimentação suficientemente rica de elementos para a fabricação do sangue: ferro e proteínas, e que esta acaba por desencadear uma porção de outros problemas, chegando à baixa produtividade de trabalho, diminuição da renda, baixa condição sócio-econômica e redução da vida média.

Em relação às doenças do fígado, as autoras escrevem que:

“Pelas queixas ouvidas, dir-se-ia que quase todo mundo na Amazônia, sofre do fígado, ou do “figo”, como diz o caboclo. (...) A dor na “boca do estômago”, a sensação de “empachamento”, de boca amarga, as tonteiras, os enjôos, as diarréias, etc., até que ponto se devem a um fígado doente?”

Ou estarão mais relacionadas com parasitoses? Com outras infecções intestinais? Com má alimentação? Com o uso de bebidas alcoólicas?” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 23).

Assim, escrevem sobre o fígado, sua função de síntese, sua função protetora, de facilitação da digestão e de absorção das gorduras e das vitaminas. Mostram quais são as doenças do fígado propriamente ditas, destacando as hepatites infecciosas, suas manifestações e sinais, tratamento e as formas de evitar, além das doenças das vias biliares e da vesícula. Chamam a atenção para um bom número de casos de cirrose na Amazônia e também voltam à malária, como uma causa importante de um fígado doente.

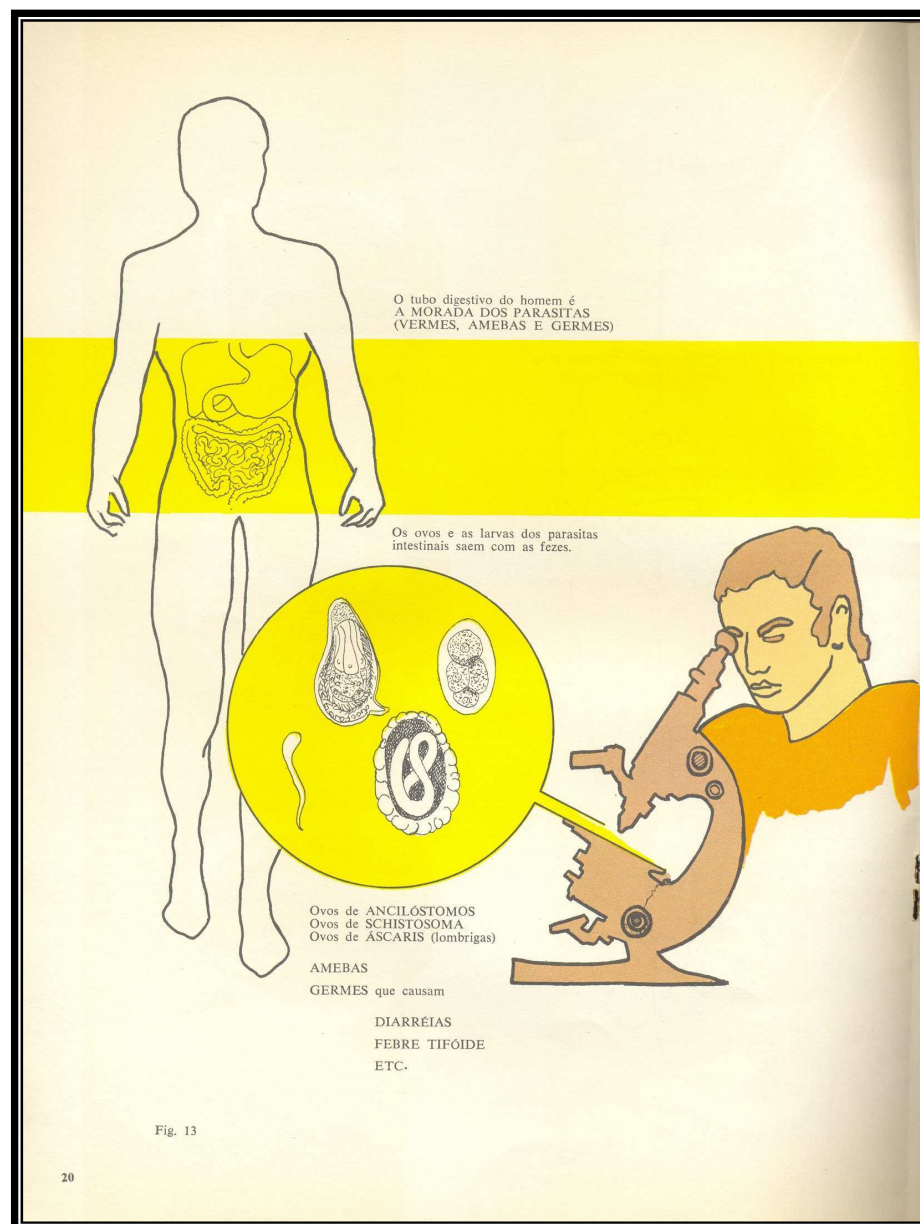


FIGURA 25 – Digitalização da figura 13 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972 - Os parasitos

Em relação à tuberculose, Hollanda e Gualberto (1972: 25) destacam que:

“a tuberculose pulmonar também chamada “tísica”, “fraqueza” do pulmão, é bastante conhecida da população embora variem as versões que costumam ter sobre a sua origem. Uns dizem que é golpe de ar ou de mudança brusca do tempo; de banho frio com o corpo suado; que é gripe mal curada. Para outros é questão de extravagâncias, de farra e bebida ou então de muito trabalho e mau passado. Para muitos, não é nada disso, é mal de família ou então que é o azar, que não adianta fazer nada para não pegar, que dá em quem Deus quer.”

Partem dessas concepções para explicar que há um pouco de verdade em todas essas explicações populares, mas falta em todas uma informação muito importante, de que a transmissão da tuberculose acontece sempre através de outra pessoa com a doença. Passam a descrever a tuberculose, seus sinais, os exames e as formas de tratamento. Ilustram com a FIG. 26 (no livro fig. 21) seguido da legenda que diz que “os bacilos da tuberculose sempre vêm dos pulmões de um doente de tuberculose” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 25).

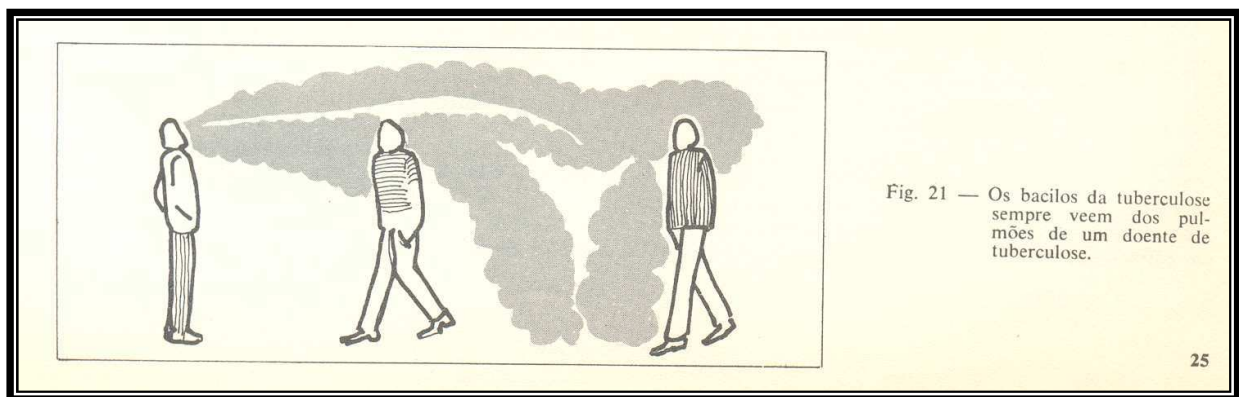


FIG. 26 – Digitalização da figura 21 do livro “Guia para a saúde na Amazônia”, 1972.

Outros dois parágrafos de Hollanda e Gualberto (1972) refletem a preocupação das autoras em propor um espaço no livro destinado às doenças venéreas e a focalizar a gonorréia e sífilis:

“Na Amazônia, o surto de colonização aumentará forçosamente o movimento de população e as situações que colocam as pessoas fora de sua família, de sua comunidade, situações essas que favorecem o aumento de relações sexuais casuais” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 26).

“Nas localidades onde há muita gente de passagem, é muito difícil saber quem pode contagiar quem. Além disso, há falta de informação sobre os sintomas, evolução e conseqüências das doenças venéreas entre a população em geral” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 26).

Por fim, no final do quarto capítulo, trazem a lepra como importante doença devido o elevado número de doentes em áreas da Amazônia (citam Acre, Rio

Branco e Purus). Escrevem sobre a ignorância em relação aos primeiros sinais da lepra, o medo da rejeição dos parentes e da comunidade e a distância dos serviços de saúde. Explicam sobre a resistência ao bacilo da lepra, sobre as condições do ambiente para a ocorrência, desmistificam os vários temores infundados, relatam os primeiros sinais característicos da doença e informam sobre o tratamento e o controle da transmissão.

No quinto capítulo escrevem sobre as defesas naturais do organismo contra as doenças sem, no entanto, perder a continuidade com o capítulo anterior, o parasitismo. Iniciam mostrando as defesas naturais de um bebê e seus cuidados, mencionam e explicam o sistema fagocitário, associando suas células aos “lixeiros” do organismo, numa metáfora que explica a eficiência das células (glóbulos brancos – fagócitos) deste sistema em atacar os causadores de doenças do organismo. Repetem a preocupação, já citada anteriormente, de ilustrar, com imagem aumentada, uma realidade que é microscópica (FIG. 27).

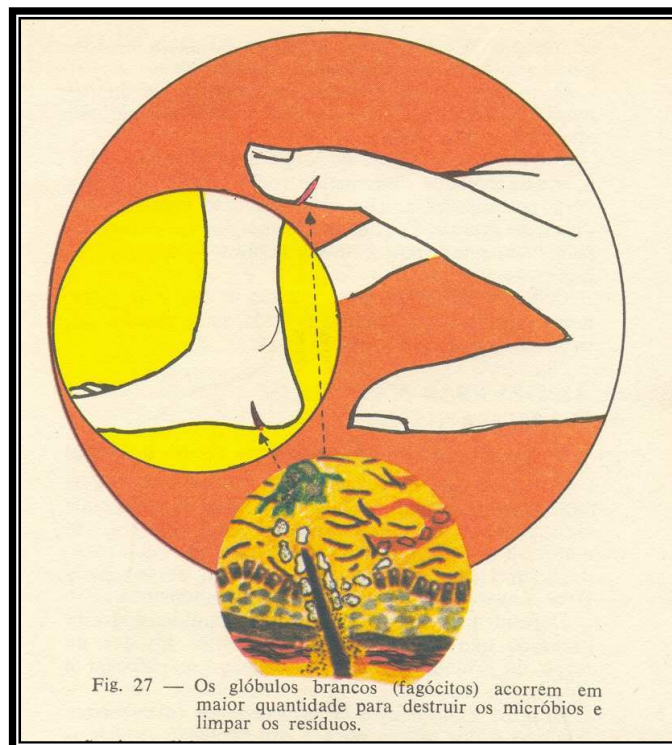


FIGURA 27 – Digitalização da figura 27 do livro “Guia para saúde na Amazônia”, 1972 – As defesas do corpo

Escrevem ainda sobre a imunidade, a descoberta de vacinas, as vacinações, incluindo um calendário de vacinações e uma breve descrição das doenças controladas por vacinação.

O último capítulo do livro, intitulado “Bases para melhor adaptação ao meio ambiente e para a saúde” foi subdividido em três partes: Construção da casa; Remoção dos dejetos; Alimentação. Demonstra preocupação das autoras em proporem alternativas e soluções simples para colaborar com o bem-estar da população amazônica.

Em relação à construção de uma casa na Amazônia, escrevem da necessidade de ventilação, “de uma casa arejada”, construída orientando-se pelo vento e da proteção contra os insetos:

“As janelas e outras aberturas da casa devem estar voltadas para o nascente e na direção do vento; o “vento geral” como eles chamam. (...) Alguns arquitetos que estudaram a questão, inovaram as janelas. São janelas que vão até o teto... sempre voltadas para a direção do vento” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 33).

“A casa telada é não apenas uma proteção contra os anofelinos da malária, mas também a segurança de um sono repousante que vai deixar energia para enfrentar durante o dia, as situações em que os mosquitos são inevitáveis” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 34).

Na parte relativa à remoção dos dejetos trazem informações sucintas, talvez por que já tivessem escrito anteriormente no capítulo “Outras doenças comuns na Amazônia”, mas atentam o leitor a procurar os serviços de saúde da região que, através de pessoal capacitado, ofereceriam soluções técnicas para a remoção higiênica dos dejetos e a limpeza do terreno ao redor da casa.

Iniciam a parte relacionada à alimentação promovendo uma visão do movimento cíclico dos elementos essenciais aos processos de vida (do sol, solo, água e ar). Assim, para Hollanda e Gualberto (1972: 34):

“A planta é o alimento para a maioria dos animais; animais podem ser alimentos para outros animais, o homem inclusive. Nas águas dos rios, dos lagos e dos mares, algas microscópicas são o alimento de pequenos crustáceos e insetos que, por sua vez, alimentam peixes pequenos que são comidos por peixes grandes”.

Neste momento remetem a uma imagem (FIG.28), numerada no livro por 31, seguida da seguinte legenda:

“No solo como nos rios a vida começa com os vegetais que utilizando a energia do sol combinam os elementos inorgânicos, transformando-os em substâncias alimentícias para os seres animais” ((HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 32).

Passam então a escrever sobre a busca e cultivo de alimentos pelo homem, trazendo o subtópico “O peixe e a necessidade básica de proteína”. Este tem início com a frase: “Na Amazônia, em princípio, não deveria haver problema alimentar”. Mostram que grupos vivendo de pesca, embora com uma alimentação pouco variada, composta basicamente do peixe, não apresentavam deficiências

nutricionais sérias. Alertam sobre a subnutrição, responsável pelo retardo no crescimento, pela suscetibilidade às infecções, a redução da aprendizagem e do desenvolvimento mental das crianças. O segundo subtópico descreve como a alimentação influi na formação dos dentes e quais os cuidados mais eficientes na prevenção da cárie.

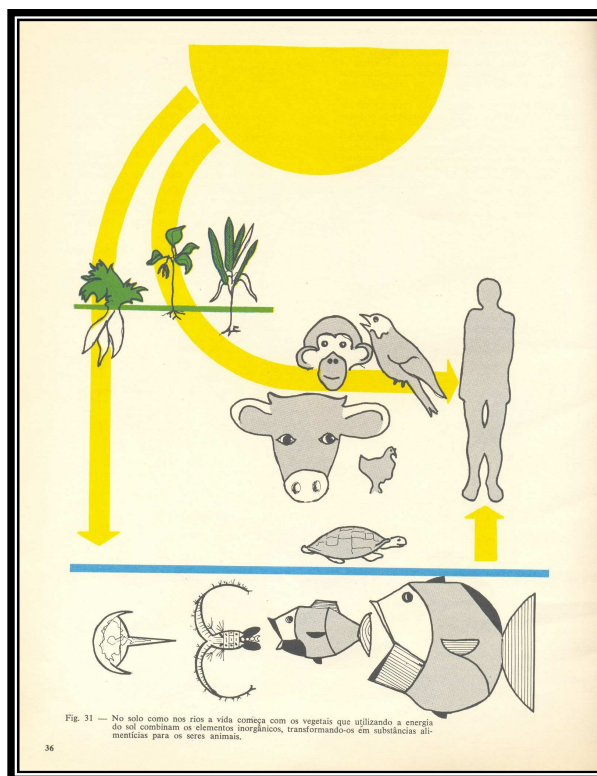


FIGURA 28 — Digitalização da figura 31 do livro “Guia para saúde na Amazônia”, 1972 – A cadeia alimentar

Nas duas últimas páginas as autoras, embora não tenham descrito no índice, ilustram (FIG. 29) e escrevem uma conclusão que reforça a preocupação constante de todo o livro: proporcionar à população da Amazônia condições de saúde física, mental e social favoráveis ao desenvolvimento do indivíduo. Com o seguinte parágrafo terminam o livro:

“O que uma criança chegará a ser como uma pessoa adulta, a qualidade de sua contribuição para a comunidade, tem uma relação direta: (1) com os cuidados, o alimento e afeto que lhe forem dispensados nos primeiros anos de vida; (2) com as experiências de integração com o seu meio ambiente (físico e social) no curso do seu crescimento. Através de uma variedade de experiências, em um ambiente onde os riscos são controlados (pelo saneamento, imunizações, etc.) a criança vai se adaptando ao meio biológico (contato gradual e moderado com os parasitos e outros seres vivos do seu ambiente). A variedade de experiências contribuirá também para o desenvolvimento de seu sentimento de segurança, tão importante para uma personalidade saudável!” (HOLLANDA & GUALBERTO, 1972: 39).



FIGURA 29 – Digitalização da figura 36 do livro “Guia para saúde na Amazônia”, 1972 – Condições favoráveis ao desenvolvimento de indivíduos.

Terminam antecipando a visão holística da ecologia, o que pode ser confirmado por Guattari (1993) quando mostra que a natureza não pode jamais ser separada da cultura. Para este autor, não é possível desacelerar diante de tantas descobertas, mas é possível despertar na pessoa humana o respeito ao planeta Terra, para que ambos possam viver condignamente. Ele registra nessa obra três ecologias - a do meio ambiente, a das relações sociais e a da subjetividade humana, manifestando sua indignação perante um mundo que se deteriora lentamente.

III.3 Versão preliminar de artigo para publicação no periódico *Ensaio*¹¹

Título: “Saúde, como Compreensão de Vida”: Avaliação para a Inovação na Educação em Saúde para o Ensino Fundamental

Title: "Health as comprehension of Life": Evaluation for Innovation in Health Education for Primary Schools

Autores: Maria Cecília Pinto Diniz – Pesquisadora do Laboratório de Educação em Saúde, Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Av. Augusto de Lima, 1715, Belo Horizonte, MG, Brasil, 30.140-002

Tatiana Carolina de Oliveira – Aluna de Especialização do Centro de Ensino em Ciências e Matemática (CECIMIG), Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais

Virgínia Torres Schall – Pesquisadora, Chefe do Laboratório de Educação em Saúde, CPqRR, Fiocruz

Resumo

Demandas atuais indicam ser necessário pensar formas diferenciadas de ensinar saúde. A prática defendida e orientada pelo MEC nos PCNs é de que a saúde seja um eixo transversal ao currículo, considerando a escola como parceira da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes. Nessa perspectiva, a escola tem uma co-responsabilidade de orientação. A proposta representa um avanço efetivo, mas esbarra em diferentes questões, desde a valorização da formação científica de mestres e alunos na Educação Básica até a ausência de materiais de qualidade. Assim, o objetivo do estudo consistiu em promover o resgate histórico das características formais, organização e metodologia do livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES – MEC/PREMEM, 1977), publicação inovadora nos anos de 1980. Além disso, foi realizado um estudo exploratório de avaliação por especialistas visando seu aperfeiçoamento para uma nova edição atualizada.

Palavras-chave: Avaliação, resgate histórico, material educativo

¹¹ Este subtópico apresenta-se tal como o original, enviado para a revista, o que justifica a mudança de formatação da tese

Abstract:

Current demands indicate the necessity of thinking different forms to teach about health. The practice advocated and guided by the Brazilian Ministry of Education in the National Curriculum Parameters is that teaching health is a cross-curriculum axis, considering the school as a partner of the family and society when promoting health of children and adolescents. This proposition represents an effective advance, but was hampered by many issues, from the enhancement of scientific training of teachers and students in Basic Education until the lack of good quality educational materials. The purpose of this study was to promote the historical recovery of attributes like didactical patterns, organization and methodology of the book "Health as comprehension of Life" (MS/DNES – MEC/PREMEM, 1977), innovative publication in the 1980s. Moreover, there was an exploratory study of evaluation by experts, booking for it's improvement for a new edition updated.

Key-words: Evaluation, Historical Recovery, Educational Material

Introdução

O desenvolvimento e a avaliação de materiais educativos em saúde são de fundamental importância para a saúde pública, sobretudo em relação à infância, período de formação de valores fundamentais para a saúde e a vida.

Na área da educação e da saúde, a avaliação e o desenvolvimento de materiais demonstram a importância de se utilizar os referenciais teóricos de distintos campos de estudo – antropologia, educação, sociologia, filosofia, psicologia social – para a formação de sujeitos imaginativos, sensíveis, reflexivos e, ao mesmo tempo, dotados de capacidade crítica.

A prática defendida e orientada pelo Ministério da Educação (MEC) nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) é de que a saúde seja um eixo transversal ao currículo. As orientações consideram a escola como parceira da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes e delega, para a escola, uma co-responsabilidade de orientação da criança desde o Pré-escolar ao Ensino Fundamental. A proposta é bem elaborada e representa um avanço efetivo no campo da educação em saúde na escola, mas esbarra em diversos problemas, desde a valorização da formação científica de mestres e alunos na Educação Básica até a ausência de materiais de qualidade para o trabalho em sala de aula.

À semelhança do que ocorre em outras áreas, a escola tem, atualmente, à sua disposição, recursos inovadores proporcionados pela tecnologia. Apesar disto, a educação

escolar ainda mantém o livro didático como principal recurso a ser usado no ensino (PRETTO, 1983; MOYSÉS & AQUINO, 1987; FERNANDEZ & SILVA, 1995; CASTILHO, 1997).

Apesar da qualidade do livro didático ser uma preocupação do Ministério da Educação (MEC), o qual implantou em 1996, o Plano Nacional do Livro Didático (PNLD), visando uma análise criteriosa de seus conteúdos, os esforços empreendidos até o momento, ainda não alteraram o tratamento dado ao conteúdo presente nos livros. Persiste ainda a apresentação do conhecimento científico como um produto acabado, elaborado por mentes privilegiadas, desprovidas de interesses político-econômicos e ideológicos, ou seja, um o conhecimento visto como verdade absoluta, desvinculado do contexto histórico e sociocultural. Apresentados como verdades que, uma vez estabelecidas, serão sempre verdades (NETO & FRACALANZA 2003).

Esforços atuais mostram que com o distanciamento entre o conhecimento escolar e o conhecimento tecnológico, o desafio que os professores enfrentam atualmente é substancialmente maior do que se apresentava há poucas décadas. Para Borges et al. (2008) somente a reflexão contínua, associada a uma permanente disposição em aprender e aplicar novos conhecimentos pode garantir uma educação científica satisfatória.

Como a educação escolar ainda mantém o livro didático como principal material didático a ser usado no ensino vê-se a necessidade de uma reformulação deste recurso. Muitos livros estão voltados para a apresentação de conceitos científicos, envolvendo grande quantidade de informação partindo de uma abordagem que tem por prioridade informar os resultados das pesquisas, somente contribuindo para a memorização do conteúdo (MASSABNI, 2000). Raramente, problemas e atividades práticas são incluídos, dando pouca atenção ao desenvolvimento de habilidades científicas alcançadas pelos alunos.

Estudos vêm evidenciando, para além da má qualidade dos materiais, o enfoque prescritivo e memorizador com que os temas de saúde são tratados nas escolas. Locatelli (1995), analisando o Ensino Básico na Rede Pública Municipal do Rio de Janeiro, constatou a predominância do ensino memorizador, aquele que exige dos alunos somente nomes de órgãos, doenças ou agentes patogênicos.

Em relação aos temas de saúde nos livros didáticos, não é novidade o fato de que tanto na área de educação quanto na de saúde, o enfoque predominantemente curativo em detrimento do preventivo, a ausência da integração entre os educadores e membros da comunidade, a falta de abordagens multidisciplinares, o ceticismo dos profissionais em

trabalhar de forma participativa com a comunidade e a falta de qualificação desses profissionais são entraves para a promoção da saúde.

Mohr & Schall (1992) discorrendo sobre o quadro do ensino de saúde nas escolas brasileiras de Ensino Fundamental salientam o despreparo dos professores nesta área de conhecimento, a falta de qualidade da maioria dos livros didáticos disponíveis, a escassez de materiais alternativos, além das condições desfavoráveis de regime de trabalho dos professores e das condições físicas das escolas.

Outros estudos (MORH, 2000; SCHALL, 2007) têm referido o quanto informações incorretas sobre os animais de importância médica podem representar riscos para a saúde humana, pois da forma que são apresentados em livros didáticos, contribuem para equívocos perigosos na relação das pessoas com os mesmos.

Para a criação de novos materiais e estratégias de divulgação do conhecimento científico sobre saúde e ambiente para crianças e jovens, Schall (2005) ressalta que além do compromisso estético e literário são necessários o comprometimento com o conhecimento científico correto e as formas adequadas de representá-las.

Deve-se ainda considerar que a educação em saúde é um processo continuado, e os temas relevantes para a comunidade escolar devem ser incluídos no currículo escolar, tratados ano a ano, com níveis crescentes de informação e integração a outros conteúdos. É preciso conscientizar-se também que as crianças se beneficiam mais de experiências concretas, e de meios e estratégias pedagógicas que integrem aspectos cognitivos e afetivos.

Assim, o objetivo deste estudo consiste em promover o resgate histórico das características formais, organização e metodologia de ensino do livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES – MEC/PREMEM, 1977), publicação inovadora nos anos de 1980. Além disso, foi empreendido um estudo exploratório de avaliação por especialistas. Para isso, serão descritos trechos do próprio livro e dos relatos daqueles que participaram da elaboração deste material.

Os caminhos da pesquisa

A proposta de resgatar e avaliar o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES – MEC/PREMEM, 1977) teve início com a tese de Diniz (2007) que promoveu uma análise biográfica da vida profissional de Hortênsia Hurlia de Hollanda, mostrando o seu papel de vanguarda na educação em saúde no Brasil. Foi realizada uma busca ativa dos trabalhos desenvolvidos por Hollanda e sua equipe, promovendo um acervo com documentos escritos, imagens e fotos, entrevistas e outros registros, sendo o livro o principal material publicado pela educadora.

Partindo da perspectiva dos círculos sociais (Simmel, 1983a, 2002) e inspirados por Georg Simmel (1983b) entendemos que todo o conjunto da produção de Hollanda é interligado e inserido em amplas e interdependentes redes de relações sociais, envolvendo uma gama de colaboradores que negociaram ou participaram de alguma forma das conquistas produzidas pela educadora.

A partir dos referenciais teóricos e metodológicos elaborados por Simmel e com as evidências orais recolhidas através de depoimentos com parceiros de Hollanda em trabalhos de pesquisa, foi possível construir um caminho que permite compreender a constelação vivida pela educadora, com vistas a entender as relações entre saúde, educação e cidadania, e desta maneira, obter uma interpretação mais integrada de uma de suas produções.

Para a análise do conteúdo do livro, optou-se pela metodologia proposta por Luz et al. (2003), que apresentam categorias para avaliar a qualidade das informações presentes nos materiais informativos sobre leishmanioses disponíveis para os serviços de saúde no Brasil. Foi elaborado um questionário, que a partir de exaustiva discussão interavaliadores, abordou os aspectos necessários à avaliação e atualização no livro “Saúde, como Compreensão de Vida”. Além de uma identificação do avaliador, o questionário constou de cinco aspectos considerados importantes: (1) estrutura do material, (2) linguagem, (3) ilustrações, (4) metodologia e (5) avaliação geral.

A escolha dos profissionais contemplou as áreas médica, imunológica, engenharia sanitária, design, além de educadores com experiência em metodologias, em educação científica e educação popular. A partir de uma lista de três nomes de profissionais para cada área, foram feitos os convites. Só houve adesão de quatro profissionais: um de engenharia sanitária e três da educação. A pesquisa prosseguiu com esses profissionais, cuja contribuição pode ser complementada em estudos posteriores.

Aos participantes foram entregues o livro e um questionário em que pedíamos ajuda para a identificação do potencial educativo e a verificação da pertinência dos temas e características do material, assim como a contribuição para com a prática pedagógica. Cada avaliador assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com base na aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do CPqRR.

Cada questionário recebeu um código para que fosse garantido o anonimato do colaborador e submetido à análise de conteúdo. A análise de conteúdo é aqui entendida como um procedimento metodológico de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta dos dados, consubstanciadas em um documento. Segundo Bardin (1977), é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que contém informações sobre o

comportamento humano atestado por uma fonte documental. O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, e as significações implícitas ou ocultas.

A descrição do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”

O livro “Saúde, como Compreensão de Vida” (FIG. 1) é resultado de um trabalho possibilitado por um convênio entre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), através dos órgãos Programa de Melhoria e Expansão do Ensino (PREMEN)¹ e Divisão Nacional de Educação Sanitária (DNES), na gestão dos Ministros Ney Braga e Paulo de Almeida Machado, sendo diretor do PREMEN, Pery Porto e diretora da DNES e coordenadora do projeto, Hortênsia de Hollanda, no período de 1975 e 1977.

O livro foi composto e impresso na Minas Gráfica Editora Ltda, que na época funcionava na Rua Timbiras, 2.062, em Belo Horizonte/MG. São cerca de 314 páginas impressas em escala de cinza e em papel branco com tamanho 22x21 cm, tornando-o quadrado, diferente da maioria dos livros didáticos. Única parte que utiliza cores é a capa, com letras azuis, e um suplemento de encarte ao livro impresso em papel couchê, colorido (FIG. 1 e 2a e b).

Na capa, além do título, lê-se o subtítulo informando do que se trata - Um programa de saúde, e para quem é destinado - a professores e alunos de 5ª a 8ª série do 1º grau, além de créditos ao convênio estabelecido. A ilustração da capa deixa margens a múltiplas interpretações, desde uma célula até um sol, o que acreditamos ser proposital, um indicativo para o tipo de material que seria proposto.

Dirigido a professores e alunos de 5ª a 8ª série, com uma abordagem de educação em saúde e procurava ser, também, uma resposta à lei 5.692/71 que instituiu o ensino de saúde nas escolas de 1º grau.

Participaram da elaboração do livro não somente profissionais do campo da saúde e da educação, mas também um grande número de professores do antigo 1º grau, dos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Bahia e Rio de Janeiro, na definição das necessidades de informação em saúde e em método para seu ensino e na experimentação dos textos preliminares. Traz ainda o nome de toda a equipe técnica e colaboradores², da direção de arte e criação³, ilustrações⁴ e fotografias⁵.

Na apresentação do livro, é relatado que desde o início da elaboração foram realizadas pesquisas bibliográficas em publicações sobre saúde destinadas ao ensino e também às relacionadas ao comportamento pedagógico, como descrito:

Serviram-nos de modo especial as idéias de Jean Piaget, já muito difundidas, os experimentos do grupo *Biological Sciences Curriculum Study*, na área de ciências humanas – *Human Sciences: a developmental approach to adolescent education*, o trabalho de O. J. Harvey, David E. Hunt, Harold M. Schroeder, *Conceptual Systems and Personality Organization* (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977: 7).

Ainda na apresentação é descrita a experiência realizada com a versão de ensaio, a qual tivemos aceso. Apresentava-se em dois volumes e foi avaliada no período de junho/agosto de 1976, em áreas de Brasília, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul, “atingindo 70 escolas, 100 professores e 2.700 alunos aproximadamente” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977).

Para o livro, que ainda chamava-se “Educação e Saúde”, foi realizado o estudo de experimentação prática, envolvendo três grupos distintos, que assim o descrevem:

um grupo de professores que já havia participado de encontros anteriores à elaboração do texto-ensaio, e que o submeteu a uma aplicação com os seus alunos; de um segundo grupo de professores que aplicou o texto, independente de uma preparação prévia; de um terceiro grupo, que antes de aplicar o texto diretamente na escola, assumiu o papel de aluno, por ocasião do curso de Licenciatura Parcelada em Ciências (convênio SEEMG/PREMEN-MG/UFGM-FaE/CECIMIG), em junho de 1976 – BH, como forma de treinamento para experimentar o texto (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977: 7).

Tal estudo é relatado no depoimento de Mônica Meyer⁶:

Foi fruto da experimentação, essa é uma grande qualidade. É o único livro didático, até hoje, que foi experimentado. Nenhum livro didático foi experimentado antes. Isso é muito legal! A partir daí surgiu a primeira edição...

Assim, o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” é o resultado da integração de muitas observações propostas por professores, relativas aos aspectos teóricos e de aplicação prática.

O sumário do livro mostra a abrangência do material e a preocupação com o que e o como a saúde pode ser apreendida.

A primeira parte, dirigida exclusivamente aos professores e intitulada “Uma interpretação da educação em saúde” incluiu alguns textos e depoimentos que mostram o resultado da experiência com a versão preliminar do Programa. No “Saúde, vida, trabalho – gente falando” foram incluídos alguns depoimentos de alunos e trabalhadores sobre saúde. Em “Por uma compreensão de saúde”, refletem sobre a busca de uma concepção de saúde como compreensão do processo de vida. Já em “Ensaio de uma Metodologia” voltam a apresentar depoimentos, agora de professores participantes da experiência preliminar, e então procuram responder às principais dificuldades apresentadas por estes, propondo um exercício, em que estruturam as informações sobre a metodologia em três fases, com diferentes propostas de situações de estudo: A- Em uma única situação, propõe que os professores

retomem textos anteriores a fim de refletir se as idéias sobre saúde são as mesmas que tinham antes da leitura ou houve alguma modificação; B- Numa primeira situação, que reflitam sobre sua experiência como professor e que depois da leitura de um texto de apoio (situação 2) volte a refletir sobre tal tarefa, já imaginando as possibilidades de trabalhar com um programa de educação em saúde que valorize a participação do aluno; C- São cinco situações propostas para que o professor, através de textos de apoio, focalize aspectos necessários no processo metodológico.

Nesta parte do texto, entendemos que o maior desafio do livro parecia ser o dos professores, que precisavam de experiência para promover os assuntos propostos. Assim, era necessário criar o vínculo do ensino com a vida do aluno e seu contexto, o que era um avanço para os materiais da época. O relato de Edite Mata Machado⁷ mostra algumas das dificuldades apresentadas:

Estávamos falando de professores que precisavam ser qualificados, formados para discutir a questão da saúde. Era preciso também que tivessem abertura para partir do conhecimento dos meninos. A idéia da situação era isso, tínhamos que criar uma forma de tirar o professor dos hábitos arraigados, de colocar no quadro a roda da alimentação e aqueles conceitos já prontos e mostrar que ‘olha, tem um outro jeito de ensinar isso’, oferecendo alguns materiais para começar sua coletânea de informações. Ao mesmo tempo, para que as atividades que estruturavam o momento da aula não ficassem soltas, porque pensávamos numa escola cheia de alunos, turmas cheias, com carteiras, nem sempre facilitando o trabalho em grupo.

O que se segue, ainda na primeira parte, é “A organização de uma memória – O banco de informações para o aluno”. A proposta metodológica do livro é de permitir que o aluno amplie seu próprio conhecimento, mediante uma participação mais ativa e com mais interatividade. A intenção é de começar a aprendizagem estimulando a expressão de conceitos já adquiridos pelo aluno, em suas experiências anteriores de vida e de perceber como o aluno integra as novas informações. Permite também o diálogo entre os pares. Para isso foi idealizada a proposta de construção de uma “memória” ou banco de informações.

A apropriação deste nome – banco de informações ou BI, se deve ao interesse, inclusive, de exercitar o aluno em lidar com informações arrumadas em diferentes documentos, em lugares certos, e que são usadas e recolocadas constantemente em seus respectivos lugares.

A memória recebe, guarda e transmite informações colhidas por professores e alunos. Ela começa com um certo número de informações básicas, previamente preparadas pelo professor, e pode aumentar o seu número de dados por aquisições posteriores. (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977: 39-40).

O banco de informações, que como os autores propõem, pode funcionar num armário ou prateleira, são formados por arquivos em que são colocados os materiais de acesso do professor e aluno sobre as unidades.

Buscando entender o objetivo, a metodologia e como é construída cada uma das partes desta “memória”, temos que cada unidade é composta de textos básicos e estes trazem situações, em que é preciso que os professores preparem e organizem os seguintes itens:

1- Situações: são as subdivisões das três unidades propostas por Hollanda, partindo das necessidades básicas do homem - alimento, moradia e capacidade de se defender -, pensadas a partir dos modos de ver saúde, de pessoas diferentes que vivem em contextos de vida diferentes, em diversas áreas do País. As autoras escrevem que:

Selecionamos os temas, sentindo e observando diretamente uma realidade, tentando ver e conhecer como pessoas enxergam a sua própria vida. Isso foi procurado em situações diversas – em escolas, no contato com professores e alunos; visitando famílias, em conversas casuais, em entrevistas de pesquisa em áreas especialmente estudadas (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977: 16).

Em cada unidade são propostas várias situações, com tarefas a serem executadas pelos alunos. Em uma mesma situação, existem fichas, divididas em :

A- “Fichas-listas” de tarefas, em que o professor promove o tema da unidade, propondo atividades que podem ou não suscitar a utilização das “fichas-informativas”;

B- “Fichas-informativas” dos alunos são textos complementares, propostos pelos autores, que agregam mais informações ao tema da situação proposta na unidade.

2- Materiais de trabalho: informações representadas por materiais diversos, que o professor deverá armazenar antecipadamente. Podem ser: fotografias, artigos de jornal, fichas com dados sobre serviços de saúde, dentre outros. Servirão para as aplicações práticas de cada situação. Devem ser armazenados num arquivo que sustenta as fichas e são assim múltiplas fontes, enriquecendo o processo de ensino-aprendizagem para além do livro.

3- Registro do tratamento das informações: um arquivo onde se guarda o produto da aprendizagem dos alunos, podendo ser utilizado pelo professor como recurso de verificação da aprendizagem, o que para a época mostrava-se avançado, pois substituía as propostas avaliativas das tendências pedagógicas não críticas em busca de uma aprendizagem significativa.

A proposta é de que as sugestões apontadas fossem flexíveis. Ficava a critério do professor organizar as informações da maneira que julgar mais prática. No livro, os autores destacam que na versão preliminar o banco de informações apresentou diferenças de escola para escola. Outro ponto relevante foi que este tipo de atividade favoreceu o treinamento das habilidades do aluno em lidar com documentos. Além disso, constataram que através do BI a escola torna-se mais aberta a uma vida cotidiana, da saúde; que os alunos passam a compreender melhor os serviços ou recursos existentes na localidade em que reside, e a se conscientizar da sua utilidade; além de funcionar como informativo para pessoas ou entidades

interessadas em problemas de saúde, pois feitos pelos alunos podem conter dados a serem melhor aproveitados.

Em relação a proposta de trabalho com o banco de informações, o relato de Edite Mata Machado mostra como era a produção do livro:

Ficávamos [Edite e Mônica Meyer] encarregadas dos textos, mais ou menos estruturados, das duas primeiras unidades, e de produzir atividades, proporcionando um caminho para que o professor aplicasse o material de modo mais fácil. Ficamos também encarregadas de selecionar e viabilizar a reprodução do material para compor o que se chamou banco de informações. Não era uma atividade muito fácil, pois tínhamos que pegar coisas que fossem possíveis de colocar num livro. Não tínhamos internet e sim as bibliotecas, os livros didáticos, os jornais. A professora, antes de começar a unidade, tinha que montar uma caixa com o material, livro didático, texto e outros. Era preciso então fazer um esforço de inserir ali as informações para os meninos buscarem. Hoje com a internet ficaria muito mais fácil. O que nossos filhos fazem o tempo todo é isso, visitam bancos de informações e retiram o que precisam.

Ainda na primeira parte do livro, dedicada aos professores, em “Um programa de saúde para as escolas de 1º grau – Unidades fundamentais”, os autores trazem a sugestão básica do Programa que é “desenvolver um aprendizado que se processe através da realização de tarefas concretas” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977: 42). Tal afirmação confirma o embasamento nas idéias de Jean Piaget. Acreditavam que a estrutura do material promoveria nos alunos reações físicas, intelectuais e emocionais, facilitando o crescimento e o desenvolvimento nas várias dimensões do ser humano, tornando a escola um espaço interessante, vivo, dinâmico, onde a saúde seria discutida. Pensavam a escola como um lugar de encontro agradável dos estudantes entre si e com os professores, onde se respira envolvimento, interesse, motivação e trabalho.

Sugerem que o conhecimento das unidades seja apresentado a partir de diagramas, deixando a cargo do professor a opção por trabalhar numa abordagem seqüencial ou simultânea (não seqüencial). Cada unidade traz em seu início o diagrama de textos com os respectivos títulos, como exemplifica a FIG. 3 e na aplicação prática das propostas o diagrama das situações (FIG. 4).

Trabalhando numa abordagem seqüencial, as unidades podem ser desenvolvidas pelo professor “numa direção linear, progressiva, formando justaposição de conhecimentos”, o que corresponde ao ensino convencional, em que se segue a uma proposta. Já a abordagem simultânea, “possibilita maior estímulo à associação das situações das diferentes unidades”, mas ao mesmo tempo obriga o professor a um esforço maior ao ter que ordenar constantemente as idéias para cobrir lapsos de uma informação ainda não assimilada pelo aluno (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977: 43). Os autores não indicam definitivamente uma abordagem, mas defendem como mais produtiva a simultânea, deixando claro que o

importante é que o professor ensaie a modalidade que mais se ajusta às possibilidades de sua escola e que não deixe de estabelecer as relações entre os conteúdos das diferentes unidades.

Passam então a fazer alguns apontamentos finais, tais como: assumem que as unidades, por uma razão evidente, não comportam todos os problemas de saúde, mas que a estrutura (situações e tarefas) e a metodologia não serão alteradas com a adaptação desses problemas; mostram a possibilidade de uma participação interdisciplinar; e então num passo a passo, ilustram formas de iniciar o Programa.

Fecham esta primeira parte do livro com o que denominam documentação de apoio. São sugestões de publicações para as áreas de educação, biologia, literatura, desenho e humor, com breves comentários. Indicam ainda na área de documentação cinematográfica alguns filmes e documentários, propondo a procura também de outras manifestações culturais, como teatro e música, numa interação arte e ciência, que se mostra como mais um avanço do material. Se comparado ao ano de publicação do livro (1977) a bibliografia apresentada mostrou-se atualizada e coerente com as reais necessidades do professor.

A segunda parte do livro, “Aplicação prática do programa de saúde para as últimas séries do 1º grau” é composta de três unidades básicas: Os alimentos e a saúde; Os modos de o homem morar e a saúde; e As defesas do homem. Cada uma das unidades contém vários textos para o professor, um conjunto de situações pertinentes para o exercício prático do aluno, e orientações que permitem aos professores o desenvolvimento das situações relativas aos textos. Nesta segunda parte encontramos também uma documentação de apoio e a indicação de livros e outros materiais úteis ao professor.

As ilustrações do livro situam-se todas nesta segunda parte, sendo maioria as com desenhos esquemáticos, representadas por desenhos de profissionais ou de escolares, em esquemas conjugados ou como única figura, como mostram os exemplos (FIG 5 e 6). Poucas são as fotografias, mas são colocadas para mostrar aspectos que dificilmente seriam transmitidos pelo desenho como, por exemplo, na FIG. 7 em que mostram a “antena direita do caramujo inchada com a penetração de miracídios do Schistosoma” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977- pág. 224).

Faz parte do “Saúde, como Compreensão de Vida” também um suplemento de encarte (FIG. 2a e 2b) em que tratam do tema verminoses, mas ao mesmo tempo de outros, como habitação, estações do ano, condições de vida e etc. O encarte traz ilustrações de Ângela Moura e Marília Andrés Paixão⁸, mas também desenhos executados pelos alunos da 7ª série do complexo escolar Luiz Pinto de Carvalho, na Bahia, onde Hollanda e seus colaboradores, em 1976, realizavam suas pesquisas.

Outra observação necessária, em relação às ilustrações do livro, é relativa a qualidade gráfica que provavelmente contava com a utilização de recursos tecnológicos na editoração de imagens. A presença dos desenhos, esquemas e fotografias é verificada no decorrer do livro, o que demonstra ter havido sempre uma preocupação em associar o texto à imagem, facilitando o acesso a informações relevantes, oferecendo ao aluno a possibilidade de um aprendizado mais dirigido à vida cotidiana, com abordagens de temas socialmente relevantes.

São então cerca de 310 páginas com a intenção de “ajudar os alunos das escolas de 1º grau a entenderem situações imediatas que podem afetar a qualidade da sua saúde” (MS/DNES- MEC/PREMEM, 1977: 12). Defendem que:

Conhecimentos sobre parasitoses intestinais, valores dos alimentos ou modos de defesa dos homens, introduzidos em situações com tais características, permitem relacionar causas e efeitos, fazer comparações, associações que estimulem o pensamento e a formação de julgamentos, induzindo a uma compreensão de saúde não limitada apenas ao que está sendo descoberto na sala de aula. Vai além, toca a experiência de cada um (MS/DNES- MEC/PREMEM, 1977:12).

Estudo exploratório de avaliação por especialistas do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”

Um estudo avaliativo do livro “Saúde, como Compreensão de Vida” foi realizado, com o objetivo de analisar os pontos necessários de atualização, sua adequação, além da pertinência dos conteúdos e temas propostos. São apresentados e discutidos os aspectos abordados no questionário, após uma sucinta identificação dos participantes.

A- Identificação dos profissionais participantes

Os quatro profissionais que aceitaram participar da pesquisa são das áreas de engenharia sanitária (1) e educação (3). Traçamos a seguir uma breve caracterização profissional (pelos dados de currículo), e os identificamos por números (P1, P2, P3 e P4) a fim de identificar os questionários dos quais estaremos apresentando os resultados obtidos. A ordem de numeração dos questionários é decorrente da entrega dos questionários respondidos.

O profissional de engenharia sanitária (P3) possui graduação em Engenharia Civil, mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos e doutorado em Ciência Animal. Tem experiência na área de Engenharia Sanitária, com ênfase em Saneamento Básico, atuando principalmente nos seguintes temas: saneamento, epidemiologia, saúde ambiental e políticas públicas.

Dos profissionais de educação, os perfis são: educador com experiência em trabalhos de grupos, com experiência no ensino de ciências e outro com educação em saúde. Para o primeiro (P4) temos que sua graduação é em Psicologia, mestrado e doutorado em Educação. Tem experiência na área de psicologia social, pesquisas e intervenções sobre dinâmicas de

grupo. O segundo profissional (P2) é mestre em Ensino de Ciências e doutor em Didática. Tem experiência na área de educação em espaços escolares e não escolares, ensino de ciências e formação de professores. O último profissional (P1) tem graduação em Psicologia, com experiência em Educação em Saúde, propondo e prestando assistência aos Departamentos Regionais do SESC.

B- Estrutura do material

Em resposta às três perguntas do questionário (1- A estrutura ou formato do livro lhe parece pertinente? Porque?; 2- As informações técnicas estão corretas?; 3- Os temas se apresentam de forma contextualizada para as necessidades do público? Eles se situam dentro da realidade brasileira (urbana e rural), abordando conceitos e informações necessários para o seu real entendimento? Justifique a sua opinião com exemplos), temos que todos consideram de boa qualidade a estrutura do livro, mas apresentam observações e pontos onde o mesmo pode ser melhorado. Assim o descrevem:

A estrutura seqüencial dos capítulos e unidades tem uma lógica que me pareceu adequada, mas sua compreensão fica prejudicada pela apresentação/ programação visual do livro. P1

O material inova na concepção pedagógica, sendo potencialmente motivador para professores e alunos. Entretanto, parece-me também que alguns ajustes no formato seriam necessários. P3

Concordam que o livro tem uma lógica adequada, a estrutura é organizada e pertinente dentro do contexto atual com linguagem acessível e objetiva, mas ainda assim sugerem algumas reformulações, tais como:

...os itens do 1º capítulo- Uma interpretação da educação em saúde, da forma como estão dispostos não deixa claro que são itens distintos, parecendo, por exemplo, que “A organização de uma memória” é subitem do “Ensino de uma metodologia” (o que não corresponde ao sumário). Também no corpo do texto, não fica claro (como está no sumário) que os subitens “Orientação preliminar; Diagrama das Situações e Informações do BI” são partes integrantes do item “Aplicação prática, em cada uma das Unidades”. P1

Mais a frente continuam:

Talvez essa delimitação não requeira propriamente a separação em páginas diferentes, mas a diferenciação através do formato das letras, do desenho gráfico dos títulos, da diagramação do texto, etc. P1

Em relação às informações técnicas mostram que:

É necessário rever algumas noções: (1) persiste no livro a representação das crianças e adolescentes das classes populares como pertencendo a ‘um ambiente social pobre em estimulação’ - hoje, a tônica é considerar os diferentes contextos culturais, neles descobrindo tradições culturais, potencialidades, formas de comunicação, etc, em vez de considerá-los faltosos; (2) as referências de gênero – meninos e meninas, alunos e alunas, também podem eventualmente ser consideradas; (3) referências legais – após a Constituição de 1988, e outros códigos legais, algumas informações devem ser revistas, como a licença para maternidade, que está na página 103, como sendo de 2 meses; (4) conceitos de nutrição: a pág. 101, sugere-se colocar açúcar na água que se dá aos bebês. Seria interessante acrescentar à parte da amamentação algo sobre a higienização do seio? (5) dados censitários. P4

Um dos pesquisadores faz uma observação que precisa ser melhor explorada:

As informações técnicas relacionadas aos conceitos de cognição estão ultrapassados e, basicamente refletem uma visão construtivista da década de 1970. O modelo de ensino é centrado em etapas cognitivas para a execução gradativa de tarefas. Há ausências de discussão de modelos de ensino sócio-culturais, mesmo assim o texto já aponta a necessidade de integração da realidade do aluno ao processo de ensino. O modelo de ensino é discutido (p.31-3) considerando somente os aspectos cognitivos individuais. Atualmente há outras abordagens para o ensino e aprendizagem. P2

Outro participante (P4), ainda sobre informações técnicas, sugere a mudança de alguns termos conceituais, tais como: “remoção de despejos” para “disposição de resíduos”, “depósito de água” por “reservatório de água”.

Com relação aos temas, seguindo as características de cada pesquisador, temos os que fazem breves comentários e outros que descrevem tópicos que precisam de adequação. Concordam que os temas são atuais, mas a maioria deles faz pelo menos uma sugestão de tema que é preciso considerar. Podemos citar então:

Os temas são pertinentes e a parte conceitual – principalmente em relação à concepção de vida, ambiente, comunicação, respostas, etc permanecem muito atuais. Há outros pontos, entretanto, que estão colocados de maneira muito ligeira ou não estão presentes. P4

Penso que faltou uma visão mais ampla dos efeitos do ambiente sobre a saúde. Existem muitas questões importantes que, na atualidade, não deveriam deixar de serem abordadas: poluição atmosférica, contaminação da água de consumo humano por

substâncias químicas, resíduos sólidos (domésticos, hospitalares, radioativos, industriais...), agrotóxicos, mudanças climáticas... P3

Nos últimos vinte anos os temas ligados à saúde tanto na região urbana, quanto na rural, que são solicitados pelos jovens não são abordados no texto. Por exemplo, na unidade os alimentos e saúde, a anorexia e a obesidade são temas atuais e relevantes. P2

Poderiam ser melhorados ou incluídos os temas: (1) Toda a parte de ecologia deveria ser atualizada, com introdução de uma nova visão, que ainda era incipiente nos anos 1970, da defesa não só da saúde humana no meio ambiente, mas da defesa do próprio meio ambiente; (2) Acidentes: acidentes de trabalho, acidentes com ofídios, acidentes domésticos. Primeiros socorros. Automedicação; (3) Uso de pesticidas e outras formas de controle na produção de alimentos, hortas rurais e urbanas; (4) Problemas de saúde envolvidos na compra, estocagem e consumo de alimentos nos centros urbanos (self-services, supermercados); (5) Alimentação adequada e prevenção de condições como diabetes; (6) Melhorar a parte referente ao meio urbano no que diz respeito aos conglomerados urbanos, animais, pragas (baratas, escorpião, cupim) e questões ecológicas (poluição sonora, stress); (7) Doenças sexualmente transmissíveis e informações sobre sexualidade humana; (8) Questões básicas de saúde mental. P4

A própria Hortênsia de Hollanda no vídeo editado por Schall (1998a), sugere que o livro precisa ser atualizado quanto ao conteúdo e refere-se a abordagem da violência como um tema atual que precisa ser incluído.

C- Linguagem

Neste item as respostas versaram sobre sete perguntas propostas (1- A linguagem utilizada no livro é compreensível e adequada para o público alvo?; 2- Os textos lhe parecem bem estruturados?; 3- Todos os conceitos importantes para a abordagem dos temas pretendidos são abordados de forma satisfatória?; 4- O tamanho dos textos são adequados?; 5- Há conceitos ou fatos importantes que não foram abordados pelo livro?; 6- Levando em conta a data do livro, seriam os textos e as referências bibliográficas atualizadas? A qualidade das referências são adequadas? Quais poderiam atualizar as documentações de apoio e o livro como um todo?; 7- Os temas e conceitos são abordados nos textos devidamente? Você percebe idéias pré-conceituosas em relação às informações expressas nos textos? Estariam as informações sendo tratadas de forma inadequada?). De forma geral os pesquisadores participantes concordam que são necessárias reformulações, particularmente nos textos de apoio aos professores.

Em relação a primeira pergunta todos afirmam a necessidade de rever os textos, adequando-os. Mostram que:

A linguagem para o professor é compreensível, mas precisa ser atualizada e ser mais reflexiva. P2

O primeiro capítulo (uma interpretação da educação em saúde) precisa reformulação (1) ainda se apresenta prolixa, idéias repetitivas; (2) na estrutura do texto, há um certo 'vai-e-vem' de assuntos que em vez de estabelecer nexos entre as partes, deixa o leitor um pouco confuso; (3) parágrafos longos e informações mescladas de forma pouco organizada. Quanto aos demais capítulos, pareceram-me bem organizados, com linguagem acessível e objetiva. P4

Somente um dos quatro participantes responde a segunda questão deste item discordando dos demais que crêem que quanto aos conceitos os textos estão bem estruturados. Para ele (P2) "os textos para o professor são altamente prescritivos, com excesso de conceitos".

Na terceira questão, dois pesquisadores respondem sucintamente que sim, que os temas são abordados de forma satisfatória, mas outros dois fazem colocações distintas que merecem destaque:

Acredito que poderia ser proposta uma matriz conceitual mais precisa e atualizada com as questões de saúde individual e coletiva. Considero que o texto não deixa claro quais são os conceitos estruturantes para a apropriação de um conceito global de saúde. P2

Levando em consideração que o livro se destina a propor uma metodologia que 'proporcione ao professor oportunidade de auto-treinamento', não havendo garantia de que faça parte de um processo maior de formação continuada ou educação em serviço, talvez seja pertinente considerar a possibilidade de que os textos, além das informações de caráter científico, também garantam essa dimensão reflexiva. Mesmo sem a reformulação dos artigos, uma possibilidade seria a inclusão ao final de cada texto de apoio de um item intitulado Questões para reflexão e debate ou algo similar, que facilitasse essa reflexão acerca dos assuntos tratados e das relações entre fatores individuais e coletivos envolvidos no autocuidado..., na construção da saúde como valor..., preparando os professores para a abordagem mais dinâmica que é proposta com os alunos, já percebendo quais são as suas implicações e dessa forma, podendo melhor interagir com os escolares. P1

Com relação à quarta pergunta, metade dos pesquisadores concordam com o tamanho dos textos e outros dois não concordam, expondo assim suas opiniões:

Considero os textos longos e repetitivos. Penso que para o professor será importante ter textos curtos, claros e objetivos. P2

Acho que poderiam ser menores e mais objetivos. P4

Sobre conceitos ou fatos importantes que não foram abordados (pergunta cinco), todos apontam conceitos necessários, mas somente alguns especificam o porquê da necessária inclusão. Em relação ao capítulo “Os modos de o homem morar”, na página 133, o pesquisador salienta que:

ao desenvolver o tema da ausência de ventilação e condições precárias de trabalho, falta uma vinculação com os efeitos sobre saúde. O texto que segue (acidentes de trabalho) parece também descontextualizado. Nessa parte enfatizaria mais saneamento, com o conceito amplo atualmente empregado (abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, manejo de águas pluviais e controle de vetores). P3

Mais a frente propõe:

eu adotaria a concepção mais ampla de saneamento, e não a restrita ao abastecimento de água e esgotamento sanitário. No item sobre qualidade da água, seriam necessárias mais informações (talvez tenha que ser aberta uma grande janela para desenvolver a qualidade da água, os seus possíveis efeitos sobre a saúde e o tratamento da água para controlar esses efeitos). Idem para esgotos e para lixo!. P3

Outro pesquisador (P1) faz algumas sugestões, sendo que sucintamente destacamos as seguintes:

1-referência à proposta e às experiências das Escolas Promotoras de Saúde, justificando que “parece ser subsídio valioso para os professores, inclusive numa perspectiva de formação de rede para apoio contínuo à formação e à prática desses profissionais”;

2- problematizar a relação entre nutrição e aprendizagem, a fim de contribuir para “desmistificar a idéia de que mau desempenho escolar é de caráter individual e decorre de deficiência de saúde, física ou mental” ;

3- as dificuldades vividas pelos idosos;

4- doação de sangue;

5- a curiosidade a respeito do corpo e do sexo.

Sobre as referências bibliográficas e sua atualização, a resposta de todos é unânime em concordar com a necessária revitalização deste aspecto no livro. São várias as sugestões e versam sempre sobre os assuntos de trabalho de cada um dos participantes. São artigos e livros científicos, produzidos ou não pelo pesquisador e ou indicações de publicações preparadas para projetos.

A última questão deste item refere-se às abordagens dos temas e conceitos nos textos. Nota-se que este tem semelhança com o proposto no item Estrutura (pergunta 2), pois três deles remetem a ele. A outra pesquisadora propõe que:

O texto não apresenta um conceito de inclusão, portanto a forma que trata os portadores de necessidades especiais não é adequada, por exemplo fala em debilidades e más formações. P2

D- Ilustrações

Neste item, quatro perguntas eram propostas (1- As ilustrações são adequadas aos textos?; 2- A apresentação visual é atrativa e bem organizada?; 3- Os gráficos, mapas, tabelas são legíveis e compreensíveis?; 4- Qual sua opinião sobre a qualidade e pertinência das ilustrações?) a fim de avaliarmos o potencial das imagens e figuras do texto.

Em resposta a primeira pergunta todos concordam que as ilustrações são adequadas aos textos, embora façam sugestões de melhoria. Mostram que:

As ilustrações são complementares ao texto. Poderia ser proposto uma forma de diálogo entre as figuras e o texto. Os gráficos e tabelas são pouco explorados e não estão integrados no discurso dos textos. P2

A reprodução de ilustrações feitas pelos próprios alunos é muito interessante pela representatividade e relação à realidade dos escolares. P1

As outras três perguntas foram respondidas, pela maioria dos participantes numa só resposta. As respostas são distintas, mas parecem concordar com a necessária reformulação do projeto gráfico. Relatam que:

A estética atual é bem diferente da proposta do livro, portanto a atração e organização não são suficientes para o padrão atual. Todas as figuras (gráficos, fotos, esquemas etc.) precisam ser organizados de forma mais clara e dialógica. P2

Não tenho críticas às ilustrações, mas a reformulação gráfica dessa publicação se faz necessária, não só para torná-la mais atraente, como também para favorecer a leitura e compreensão do texto. P1

Alguns quadros estão desatualizados e soltos no texto. P4

E- Metodologia

Nossas perguntas nesse item foram: 1- A metodologia proposta é assimilável para os professores e adequada para o público a que se destina? E 2- Na sua opinião, o livro pode ser trabalhado de forma interdisciplinar? A metodologia proposta favorece ou prejudica? As respostas para as duas perguntas foram escritas num mesmo parágrafo ou frase e assim como com todos os itens anteriores proporcionaram informações que refletem cada área de trabalho

do participante. Pode-se encontrar desde participante que propõe a atualização da metodologia até o que acredita que esta é a contribuição do livro. Assim relatam que:

A metodologia é interessante, mas está dentro de um contexto construtivista de explicitação de tarefas que, atualmente, não é muito utilizado. Sua aplicação seria condicionada a uma formação anterior do professor. Na minha opinião, ele não é adequado aos professores atuais das redes públicas por conter muitas informações de níveis de organização diferentes. A metodologia favorece o trabalho interdisciplinar, porém não da forma como está estruturado nesta versão. P2

Acredito que uma contribuição inegável do livro, que o torna muito atual, é o potencial que a metodologia de abordagem educativa em saúde proposta apresenta com relação ao desenvolvimento nos escolares de uma postura cidadã, preparando-os para um exercício de poder sobre a vida e não para o simples acúmulo de conhecimentos. Revela-se estratégica na formação de uma cultura de controle social dos serviços de saúde locais, dimensão fundamental e problemática da consolidação do SUS. P1

A metodologia é assimilável, mas é preciso ser mais 'didático' pois muitas vezes o fato de se ter educação superior não garante uma boa compreensão das idéias filosóficas e pedagógicas que orientam o texto. Para os estudantes a metodologia é muito boa, adequada e muito atual. A concepção pedagógica inclui a estimulação do raciocínio, a experimentação, a contextualização, o respeito ao aluno como pessoa e como membro de um grupo sócio-cultural, a comunicação, a avaliação crítica, a escrita, a sistematização de informações, a relação professor-aluno respeitosa e democratizada e a criatividade. P4

F- Avaliação geral

Nosso objetivo com este item era de que o participante expressasse sua opinião, depois de toda a leitura. As perguntas eram: 1- Especificar aspectos bons e ruins em relação ao livro; 2- O que você mudaria para melhorar o livro?; 3- Qual sua opinião final após a leitura? A resposta de todos os participantes foram extensas, ultrapassando três parágrafos e unindo as perguntas em uma só resposta. O saldo final é positivo, pois todos afirmam que vale a pena resgatar o trabalho e atualizá-lo. Alguns aspectos destacados foram:

...visão filosófica e pedagógica, estratégias pedagógicas em sala de aula. P4

São grandes as possibilidades de interação escola/comunidade na implementação da metodologia da forma como é proposta, caminhando no sentido da construção de Escolas Promotoras de Saúde... P1

Outros aspectos precisam de melhorias, tais como:

...parte dirigida aos professores contém repetições, linguagem prolixa, parca estruturação. P4

...Seria necessária uma revisão gramatical em todo o texto. P3

Partes de alguns trechos deste item merecem destaque:

O livro tem valor histórico por representar um contexto de produção de formação dos professores para trabalharem com programas de saúde, permanecendo um bom material para referência do trabalho do professor.(...)A metodologia pode ser adequada às bases de ensino e aprendizagem sócio-culturais. Eu mudaria a proposta de textos tornando-os mais reflexivos e dialógicos e introduzindo linguagens midiáticas para contextualizar o tema... P2

A proposta metodológica, partindo da concepção ampliada de saúde e, portanto, levando em consideração a sua multideterminação, garante a articulação constante com o contexto de vida das crianças e dessa forma se constitui em instrumental estratégico para o trabalho interdisciplinar e a articulação intersetorial, necessárias ao encaminhamento de soluções para as questões de saúde e qualidade de vida. P1

E ainda:

O trabalho experimental que antecedeu a elaboração do livro deveria ser repetido, antes que se pensasse em como reformulá-lo. P3

G- Discussão Geral

As investigações sobre livro didático não se caracterizam como um campo novo. Nas últimas décadas, ele tem sido objeto de várias pesquisas. A tendência maior desses trabalhos recai, normalmente, sobre a análise de seus conteúdos, visando identificar prováveis erros conceituais, ideologias por eles veiculadas, concepções de ciências adotadas, sua evolução histórica e as Políticas do Ministério da Educação, enquanto seu principal “consumidor”. No entanto, alguns aspectos têm ficado à margem desses estudos como, por exemplo, a análise da proposta metodológica, as relações entre esse recurso de ensino e as práticas pedagógicas do professor e, finalmente, há ainda poucos estudos sobre suas diferentes formas de uso no contexto escolar. Assim, nossa discussão teve como interlocutores alguns poucos autores que, em seus estudos, argumentaram sobre aspectos que atenderam aos nossos objetivos de avaliação.

Foi uma oportunidade para se discutir como o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” pode orientar a contextualização do conhecimento e como reorganizá-lo para trabalhar os vários temas de saúde na escola.

Nosso estudo buscou corroborar para pensar o livro sem incorrer nos erros que Zabala (1998) destaca: “ o tratamento unidirecional dos conteúdos, o dogmatismo e apresentação dos

conhecimentos como algo acabado sem possibilidade de questionamento”. Um outro ponto de crítica do autor são os livros que não potencializam a investigação, nem o contraste entre a educação escolar e a realidade extra-escolar, dificultando a formação de atitudes críticas nos alunos.

Uma das críticas mais contundentes que se faz aos livros didáticos é que eles se impõem aos professores, não somente os conteúdos a serem trabalhados, como também um conjunto de procedimentos que se cristaliza na sala de aula, condicionando seu trabalho. Todavia, isso precisa ser repensado, uma vez que trabalhos mais recentes como o de Nascimento (2002), demonstra que professores, durante o processo de organização, desenvolvimento e avaliação do trabalho pedagógico, usam uma variedade de livros e de outros materiais. Na verdade, eles utilizam livros como outros profissionais utilizam recursos relacionados à sua prática. Afinal, subsidiar o trabalho pedagógico do professor não é uma das funções do livro didático? No “Saúde, como Compreensão de Vida” o banco de informações (BI) induz o uso de fontes variadas. A proposta dos autores é de que o livro-texto seja utilizado como um dos recursos para a aprendizagem. Pode até se apresentar como um texto-base comum a todos os alunos, mas não se constitui como a única fonte de informações ou é colocado como um compêndio para todos os conteúdos temáticos.

Richaudeau (1979), ao discutir as funções do livro didático nos indica duas possíveis formas de análise: a partir de seus objetivos gerais ou de seu funcionamento pedagógico. Quanto à primeira forma, três perspectivas nos são apresentadas. Do ponto de vista científico, o livro didático apresenta não somente os conhecimentos, mas, através deles, toda uma ideologia a ele relacionada. Isso não poderia ser diferente, pois independente da forma de apresentação dos conhecimentos científicos sempre estará presente, por exemplo, uma concepção de ciência. Do ponto de vista pedagógico, o livro didático reflete uma concepção de comunicação e aprendizagem. O terceiro aspecto destacado pelo autor refere-se ao uso institucional desse recurso de ensino, por estar relacionado à organização e hierarquização do sistema escolar, a divisão dos conhecimentos em disciplinas e a definição de programas.

Quanto aos modos de funcionamento pedagógico, Richaudeau (1979) destaca que o livro didático apresenta três grandes funções. A primeira é a função de informação e todas implicações que dela advêm. A segunda função é a de estruturação e organização da aprendizagem dos estudantes. A última função, considerando que o livro didático não pode ser por si mesmo um fim, é a de guiar os alunos em sua apreensão do mundo exterior em colaboração com outros conhecimentos adquiridos em outros contextos distintos do escolar. Nesse sentido, é natural que o professor continue usando extensivamente o livro didático.

Nossos resultados permitiram-nos fazer uma série de constatações. Vem mostrar que o livro apresenta temas atuais, e não resta dúvidas de que além de apresentarem os conceitos básicos propostos pelos temas, apresentam outros temas que evidenciam a dinâmica da construção do conhecimento científico e possibilitam o desenvolvimento de atitudes e valores relacionados à cidadania, corroborando com o que vem sendo escrito por educadores preocupados o tema, tais como Santos e Schnetzler, 2000; Mortimer et al., 2000, dentre outros.

No que se refere à estrutura proposta no livro, percebe-se uma divergência de opiniões. Essa é compreensível visto que as concepções a respeito do livro variam de acordo com a experiência e a formação geral de cada um. Evidenciam a importância de que o primeiro capítulo – Uma interpretação da educação em saúde – seja mais conciso, que promova mais condições e atividades reflexivas. Esse suporte aos professores tanto foi reconhecido como importante, como ainda foi considerado insuficiente por um dos participantes.

Como ressalta Lajolo (1996) o livro do professor precisa interagir com seu leitor-professor não como a mercadoria dialoga com seus consumidores, mas como dialogam aliados na construção de um objetivo comum: ambos, professores e livros didáticos, são parceiros em um processo de ensino muito especial, cujo beneficiário final é o aluno.

O diálogo entre livro e professor só se instaura de forma conveniente quando o livro do professor se transforma no espaço onde o autor “põe as cartas na mesa, explicitando suas concepções de educação, as teorias que fundamentam a disciplina de que se ocupa seu livro” (LAJOLO, 1996).

Outro aspecto interessante a ser ressaltado é que um dos participantes considera necessária a inserção da proposta metodológica do livro aqui avaliado no contexto da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Apesar do livro proposto e toda a pesquisa que o envolveu ter sido desenvolvido antes da publicação da LDB e dos PCNs, podemos destacar, em vários momentos, pressupostos desses contidos no material, como a contextualização social do conteúdo de saúde, a integração do conteúdo de forma transversal, a ênfase na participação e interatividade sob enfoque transdisciplinar.

De uma forma geral nota-se a preocupação dos participantes em propor melhorias: sugerem temas, formas de trabalhar, bibliografias. Deixam os aspectos positivos do livro para serem comentados no item avaliação geral, onde todos evidenciam a atualidade do livro, pontuam a necessidade de resgate do material e sobretudo, o pioneirismo de seu

desenvolvimento experimental e coletivo, integrando autores/pesquisadores, professores e alunos.

Considerações finais sobre o estudo

A partir deste estudo observa-se que os participantes manifestaram um maior incômodo com a organização dos conteúdos e com o formato do livro. Por outro lado, os aspectos mais apreciados foram a abordagem temática, o fato de os temas serem atuais e relacionados ao cotidiano do aluno, a abordagem experimental e, finalmente o fato de o livro ser inovador ao propor a inclusão da atividade cotidiana da vida do aluno, a interpretação do mundo, mas também a tarefa real de modificá-lo. Sob esta ótica, pensar a educação em saúde de uma maneira mais significativa e contextualizada não faz da prática pedagógica uma tarefa nova. O que muda é a necessária maneira de compreendê-la e realizá-la.

A avaliação do material nos levou a identificação de pontos necessários de atualizações, e as sugestões de cada participante aponta caminhos para a solução do que precisa melhorar.

Em seus estudos, Schall et al. (1987, 1993, 1998b entre outros) mostram que através de avaliações sistemáticas das estratégias e materiais desenvolvidos na área de saúde, foram observados alguns pontos importantes para a elaboração, produção, contextualização e adequação, que em síntese são:

“A elaboração de materiais educativos sobre saúde requer como ponto de partida a investigação dos conhecimentos, atitudes, comportamentos e crenças da população, para melhor estabelecer os referenciais de linguagem e conhecimentos prévios.”(SCHALL, 1998b).

Outros pontos apontados pela autora (SCHALL, 1998b) são: envolver a população desde as primeiras etapas do planejamento e principalmente avaliá-los com a participação das mesmas; usar linguagens apropriadas e desenhos atrativos; evitar terminologia técnica e considerar as experiências concretas; evitar desenhos estilizados; incluir fotografias ou esquemas de imagens reais dos parasitas, fornecendo as medidas exatas ou escalas, informando assim o real; estimular o acesso às informações por meio de vários sentidos (visão, audição, tato); usar personagens com que o público alvo se identifique; dentre outros mais.

Essas considerações apontam para a necessidade de outros estudos antes de propor um protótipo atualizado do “Saúde, como Compreensão de Vida”. Assim mostram a necessidade de ainda pesquisar:



Maneiras de envolver e prender a atenção dos escolares;

- ☐ A interação imagem versus conhecimento, o processo de transposição didática do uso das imagens;
- ☐ Metodologias de uso do material que favoreçam a autonomia pelos que forem utilizá-lo;
- ☐ Inserir temas da atualidade, tais como terceira idade, violência, drogas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, dentre outros;
- ☐ E principalmente, como novos saberes adquirem sentido e passam a integrar e participar ativamente do sistema de regulação dos comportamentos.

Desta forma, julgamos necessário que o livro “Saúde, como Compreensão de Vida” seja também avaliado em ambiente escolar, promovendo a análise da metodologia proposta no livro e verificada sua adequação, atualidade e capacidade de promoção do processo de aprendizagem, além da pertinência dos conteúdos e temas propostos e identificação de necessidade de atualizações.

Referências Bibliográficas

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BORGES, RMR; ROCHA FILHO, JB; BASSO, NRS (orgs.). *Avaliação e interatividade na educação básica em ciências e matemática*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.
- CASTILHO, N. Interação do professor de biologia com o livro didático. In: *I Encontro Nacional de Pesquisa em Ensino de Ciências*, 1997, Águas de Lindóia (SP). Porto Alegre: Instituto de Física – UFRGS, 1997, p. 640.
- DINIZ, M.C.P. A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para compreensão da Educação em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz, 2007. 205p. (Tese, Doutorado em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde Coletiva).
- FERNANDEZ NETO, V., SILVA, D. As relações ciência tecnologia e sociedade em um curso de física térmica. In: *XI Simpósio Nacional de Ensino de Física*, 1995, Niterói, SBF, 1995, p.390-93.
- LAJOLO, M. Livro didático: um (quase) manual de usuário. *Em Aberto*, Brasília, ano 16, nº. 69, jan./mar, 1996.
- LOCATELLI, I. Análise do desempenho dos alunos face à expectativa dos professores, aos conteúdos desenvolvidos, ao nível de dificuldade das questões e à categoria do conteúdo testado. In: ASSIS, R. A. *Pesquisa de Avaliação do Ensino Básico na Rede Pública Municipal*. SME: Rio de Janeiro, 1995. (Tomo 3)

LUZ, Zélia Maria Profeta da et al . Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, abr. 2003 .

MASSABNI, V.G. O conteúdo sobre Sistema Imunológico nos Livros Didáticos de Ensino Médio. Baurú: Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, 2000. 114p. (Dissertação, Mestrado em educação para Ciência).

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ DIVISÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA/ PROGRAMA DE MELHORIA E
EXPANSÃO DO ENSINO. Saúde, como Compressão de Vida: um programa de saúde destinado a professores e alunos de 5ª a 8ª série do 1º grau. HOLLANDA, Hortênsia H. de (org.). Rio de Janeiro: 1977, 314p.

MOHR, A. & SCHALL, V. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8(2): 199-203, abr/jun. 1992.

MOHR, A. Análise do conteúdo de saúde nos livros didáticos. *Ciência & Educação* v.6,n.2, p.89-106, 2000.

MORTIMER, E.F., MACHADO, A.H., ROMANELIM, L.I. A proposta curricular de química do Estado de Minas Gerais: fundamentos e pressupostos. *Química Nova*, v. 23, n.2, p. 273-283, 2000.

MOYSÉS, L.M.M., AQUINO, L.M.G.T. As características do livro didático e os alunos. *Cadernos Cedes*, 18: 5-14, 1987.

NASCIMENTO, G.G.O. O Livro de Biologia no ensino de biologia. Brasília: Universidade Brasília, 2002. (Dissertação, Mestrado em Educação).

NETO, M.J., FRACALANZA, H. O livro didático de ciências: problemas e soluções. *Ciências e Educação*, v.9, nº. 2, p. 147-157, 2003.

PRETTO, N.L. A Ciência nos livros didáticos. Salvador: Universidade Federal da Bahia – CED, 1983.

RICHAUDEAU, F. *Conception et production des manuels scolaires: guide pratique*. Paris: UNESCO, 1979.

SANTOS, W.L.P. dos, SCHNETZLER, E.F. Uma análise de pressupostos teóricos da abordagem C-T-S (ciência-tecnologia-sociedade) no contexto da educação brasileira. *Ensaio*, v.2, n. 2, 133-162, dez 2000.

SCHALL, V. A informação/educação em saúde e o controle de moluscos de importância médica. Anais do XIX EBRAM – Encontro Brasileiro de Malacologia, 2007, Rio de Janeiro.

SCHALL, V. Histórias, jogos e brincadeiras: alternativas lúdicas de divulgação científica para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente. In: MASSARANI, L. **O pequeno cientista amador: a divulgação científica e o público infantil**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent: UFRJ, Casa da Ciência: FIOCRUZ, 2005.

SCHALL, V.T. Interactive perspective of health education for the tropical disease control: The schistosomiasis case. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**. Proceedings of the IV international Symposium on Schistosomiasis. V. 93 (SUPPL. I), p. 51-58, 1998b

SCHALL, V.T. Vídeo - Alfabetizando o Corpo: O Pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. 1998a.

SCHALL, V.T., DIAS, A.G.P., MALAQUIAS, M.L.G., GOMES DOS SANTOS, M. Educação em saúde em escolas públicas de primeiro grau da periferia de Belo Horizonte, MG (Brasil). Avaliação de um programa relativo a esquistossomose. **Rev. Inst. Medicina Tropical**. São Paulo, v.35, p.563-572, 1993.

SCHALL, V.T., JURBERG, P., ALMEIDA, E.M., et al. Educação em saúde para alunos de primeiro grau. Avaliação de material para o ensino e profilaxia da esquistossomose. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 21(5): 387- 404 1987.

SIMMEL, G 1983a. **Simmel**. Coleção Grandes Cientistas Sociais, São Paulo, Ática

SIMMEL, G 1983b. **Sociologia**. São Paulo, Ática.

SIMMEL, G 2002. **Sobre la individualidad e las formas sociales**. Quilmes, Universidad Nacional de Quilmes.

ZABALA, A. **A prática educativa**. Como ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

IMAGENS



FIGURA 1- Capa digitalizada da primeira edição do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1977

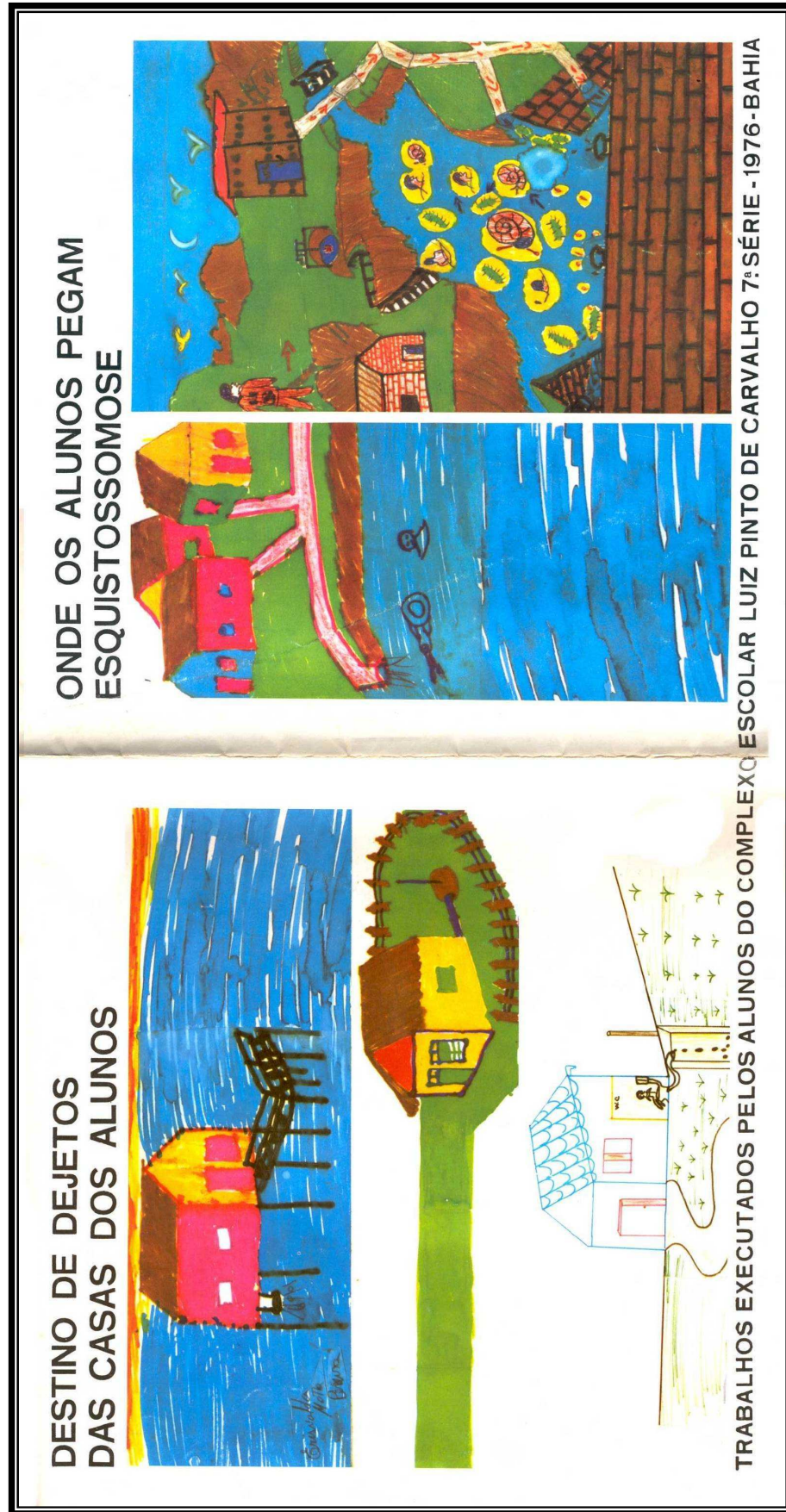


FIGURA 2a- Digitalização da segunda parte do suplemento, encarte do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1976.

FICHA INFORMATIVA: OS VERMES PARASITAS INTESTINAIS E SUAS CONDIÇÕES DE VIDA NA MORADIA DO HOMEM

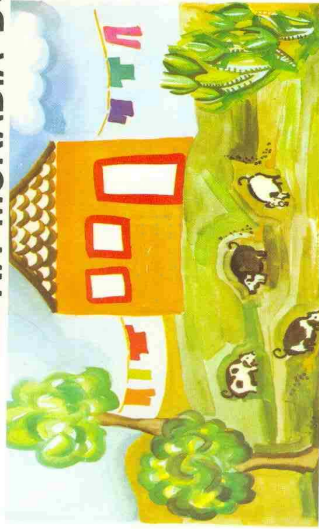


Fig. 28

Nessa casa não há instalação sanitária. Os moradores defecam na terra atrás de uma touceira de plantas. Uma pessoa da família tem o verme conhecido pelo nome de "solitária".

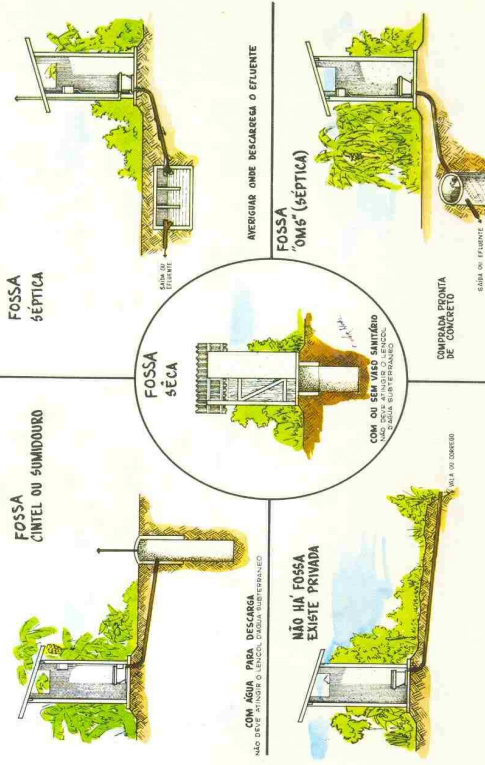


Fig. 29

Nesse lugar chove irregularmente durante alguns meses, alternando com períodos de seca prolongados. A temperatura varia entre 18° e 35°C. A terra é ingrata para as plantas. Nessa moradia não existe instalação sanitária e a água é difícil. A família busca água em poço escavado na casa do vizinho.

Fig. 19

DIFERENTES TIPOS DE PRIVADAS



DO PONTO DE VISTA DE SAÚDE PÚBLICA, O SISTEMA DE REMOÇÃO DE DEJETOS ADEQUADO É AQUELE QUE PRESERVA SUA SAÚDE, OPERA COM CONFORTO, FACILIDADE DE LIMPEZA, MANUTENÇÃO ECONOMIA NA CONSTRUÇÃO, E ADEQUAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO.



FIGURA 3- Digitalização do Diagrama Os alimentos e a saúde, diagrama dos textos do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1976.

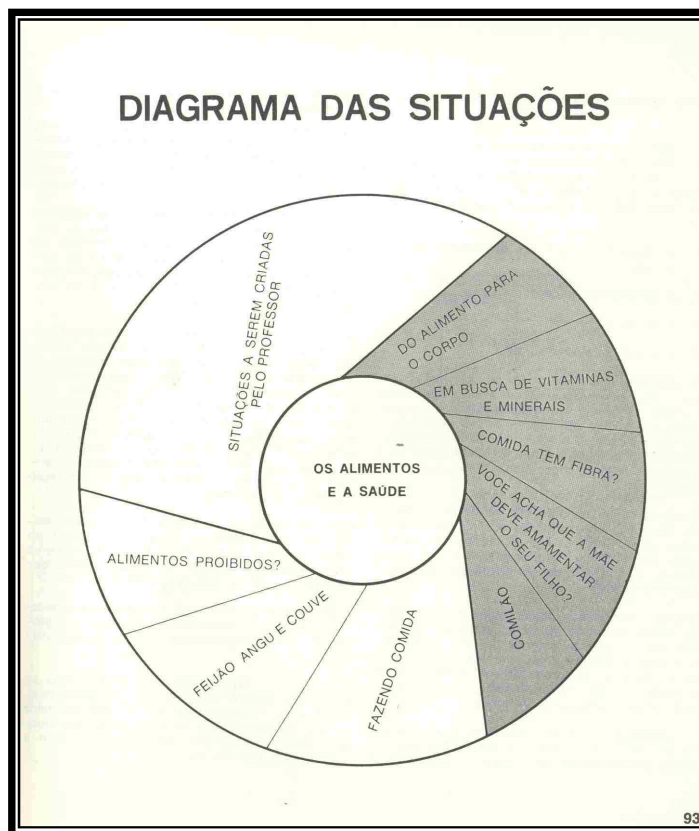


FIGURA 4- Digitalização do Diagrama das Situações do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1976.

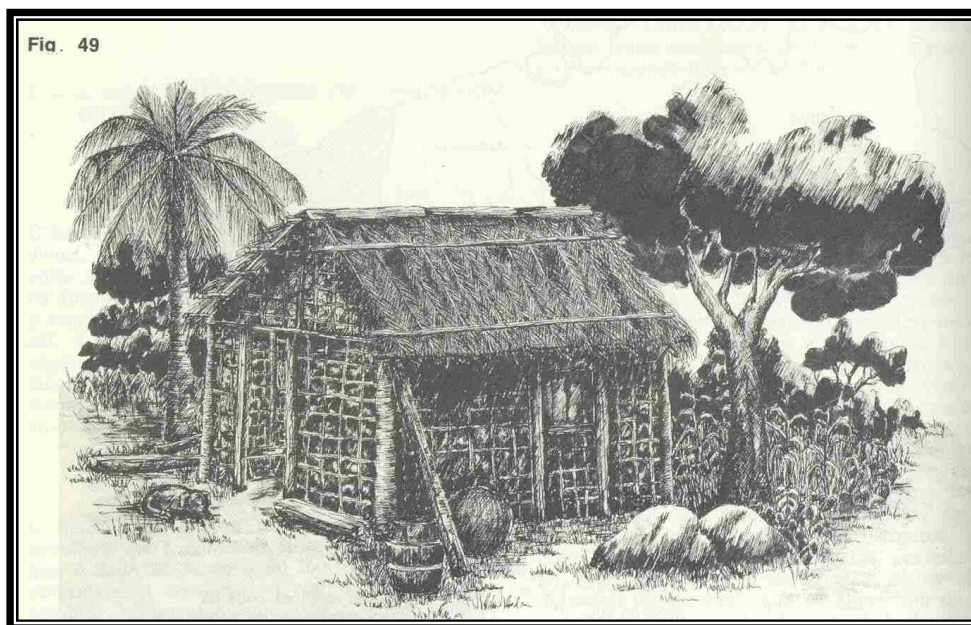


FIGURA 5- Digitalização do desenho “A morada dos homens e os barbeiros”, da página 196 do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1976.



FIGURA 6- Digitalização do desenho “Além das quatro paredes”, da página 143 do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1976

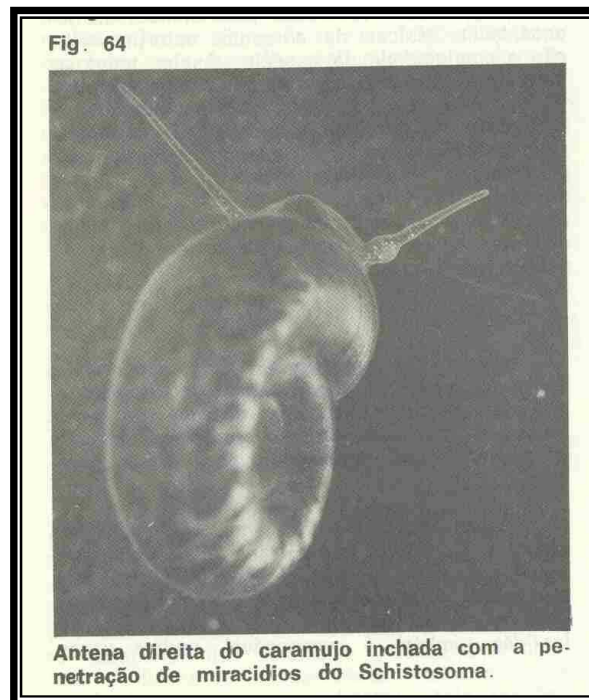


FIGURA 7- Digitalização da fotografia “Antena direita do caramujo com a penetração de miracídios de Schistosoma”, da página 224 do livro “Saúde, como Compreensão de Vida”, 1976.

NOTAS

¹⁻ Lançado pelo MEC, na década de 1970, o Programa de Melhoria e Expansão do Ensino, tinha como objetivo principal aperfeiçoar o ensino de primeiro e segundo grau no Brasil, oferecendo recursos orçamentários federais, estaduais e extra-orçamentários de fontes internas e externas.

²⁻ Maria Helena Salgado, Edite Novais da Mata Machado, Joaquim Alberto Cardoso de Mello, Angelina Leite Ribeiro Garcia, João Carlos Pinto Dias, Mônica Ângela Azevedo Meyer, Marcos Moreira, Alice Montandon Silva, Luiz Carlos Ferreiro Lait, Rosinha Borges Dias, Hortênsia de Hollanda, Íris Lérrou, Dora Zaverucha, Tânia Ruiz

³⁻ Alexandre Hanszmann e Guy de Hollanda

⁴⁻ Ângela Moura e Marília Andrés Paixão

⁵⁻ Alexandre Hanszmann, Guy de Hollanda e Sebastião Barbosa

⁶⁻ Pesquisadora e professora do curso de graduação e pós-graduação em Educação da UFMG, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 04.07.2005, especialmente para este estudo. Participou dos trabalhos de elaboração e avaliação do livro “”, nos anos de 1976-77.

⁷⁻ Pesquisadora da Fundação João Pinheiro, concedeu entrevista a Maria Cecília P. Diniz, em 07.07.2005, especialmente para este estudo. Iniciou sua vida profissional com Hollanda, no projeto Capim Branco, no ano de 1974, continuando na elaboração e avaliação do “”, em 1976-77.

⁸⁻ Artista plástica de grande prestígio em Belo Horizonte.

IV HORTÊNSIA DE HOLLANDA: PARTILHANDO SABERES E MULTIPLICANDO CAMINHOS

Neste capítulo gostaríamos de mostrar a mulher e educadora Hortênsia de Hollanda e a importância para a formação e atividade de um grupo de profissionais da Saúde. Considerando as inúmeras interrelações entre sujeito e contexto, buscamos a elucidação de alguns pontos para os quais a vida serve de ponto de partida e de chegada, tais como: a participação feminina na saúde no século XX e o aprendizado de quem com ela pôde partilhar bons ou maus momentos. Baseamos na entrevista coletiva realizada com Hollanda (SCHALL, 1998) e em todos os depoimentos orais colhidos para esta tese.

IV.1 A mulher e educadora no espaço público da metade do século XX

Diferenciando espaço público e esfera pública, Perrot (1988) define esfera pública, por oposição à esfera privada, como “o conjunto, jurídico ou consuetudinário, dos direitos e deveres que delineiam uma cidadania, mas também os laços que tecem e fazem opinião pública”. Para a autora, o espaço público seria “mais concreto e material... amplamente equivalente à cidade, é um espaço em que os homens e as mulheres se encontram, se evitam ou se procuram”.

Mas neste trabalho o que se encontra em questão não é a vida privada de Hortênsia de Hollanda. Não por considerá-la de menor importância para o conhecimento histórico e sim por ver a entrada das mulheres no campo da saúde como uma conquista em um espaço antes reservado aos homens. As mulheres passam a ter a opção de ingressar em determinado campo e não ficam mais restritas a um mundo privado, visto como o lugar natural das mulheres. O estudo de Rocha (2005) relata o determinismo feminino, quando estudando a história das educadoras sanitárias e das enfermeiras de saúde pública na primeira metade do século XX, em São Paulo, mostra o desafio imposto às mulheres, de demarcar um território de decisões e atuação que não fosse simples “poder delegável” pela profissão médica.

Ainda na metade do século XX era difícil encontrar mulheres entre os grandes nomes da saúde. A profissão que se fortalecia enquanto oportunidade feminina era o da enfermeira, que, seguindo o advento da “enfermagem moderna”, e como

discípulas de Florence Nightingale, dava oportunidade às mulheres de assumir papéis que antes eram desempenhados pelos homens (MOTT, 1999). Naquele período ainda se ouvia o discurso de que a mulher, um ser distinto do homem, deveria ter papéis diferenciados, definidos natural ou religiosamente: o papel da mãe, da mulher do lar, restrito a um ambiente privado, um ambiente distante das conquistas de um mundo público de participação política, da luta por direitos e do espaço de discussão.

Hortênsia de Hollanda não se filiou a qualquer movimento feminista, mas teve uma vida que pode ser analisada sob a ótica das conquistas realizadas pelas mulheres. Sem um engajamento político em partidos e em ativismos feministas, a transformação que ajudou a realizar é mais silenciosa: mostrando que as comunidades, num trabalho conjunto, podem realizar atividades que transformam a saúde de todos para melhor.

E essa mulher, brasileira, educadora, é uma mulher de cidade, de cidades, inicialmente de Corumbá, Mato Grosso do Sul, depois de Belo Horizonte, Rio de Janeiro e mais ainda das Ilhas do Pacífico, da França, do mundo. Além disso, como mostra Bernadete Lobato^B:

“Ela era muito forte. Quando pisava com aqueles sapatos italianos, aquelas bolsas italianas. Olhávamos para aquilo e ela nunca se queixava de nada e ainda ensinava. Quando estava frio, ela dizia: Bete, vou lhe ensinar a acabar com o frio. Chá com whisky. Ela preparava a xícara de chá e ainda colocava uma casquinha de laranja açucarada. Sempre tinha um potinho dessas para colocar no chá. Com a Hortênsia era tudo muito marcante”.

João Carlos Pinto Dias^D também destaca que:

“Hortênsia nunca humilhou ninguém, nem esnobou. Era vaidosa porque se achava e era bonita, precisava se produzir, gostava de se produzir, vestir bem. Tinha um bom gosto extraordinário, uma estética muito apurada, para comer, por exemplo, preparava a comida simples com muita sofisticação. Bom gosto para ambientes, para lugares, para filmes, para pinturas”.

“De Hortênsia você aproveita tudo. Eu aproveitava cada minuto que estava ao seu lado, desde as coisas mais suaves, mais simples, desde a naturalidade de entrar na casa dela e ocupar a casa, ir para a cozinha juntos e participar da feitura de uma salada, de ajudar a descascar uma batata e de noite aboletar e dormir com a maior naturalidade. Nossas conversas fluíam com muita naturalidade, seja em termos de política, de trabalho, ou de relações pessoais, nessas filosofias que se fazem nas conversas amenas sobre a vida, sobre as coisas, sobre história”.

Essa mulher também era mãe e no decorrer dos trabalhos e viagens deparava-se com conflitos pessoais vividos por quaisquer outras mães. Como conta Bernadete Lobato^B:

“Hortênsia fez o que podia. Comprou um apartamento na Nascimento Silva, no terceiro andar. É um prédio lindo e no térreo tinha um apartamento sala e quarto. Ela então chamou sua mãe para morar ali e ajudar no cuidado dos filhos. Tinha também a Maria. (...) Fez o que podia, mas nessa paixão pelo trabalho, ela entregou-se de corpo e alma. Quando podia, levava os filhos. Sempre nos contava das viagens de navio, os deslocamentos deles. Todos aprenderam línguas. (...) Ela dizia que inteligência e emoção não caminhavam juntas”.

O que movia essa mulher? Pelo que brigava? Encontramos a resposta num diálogo¹² colhido no depoimento de Lenita Vasconcelos^F e Bernadete Lobato^B:

“Razão, paixão, competência, compromisso com o desenvolvimento social, com a melhoria das condições de vida”.

Ela passava isso para nós, sempre dizia que para ficar nesta atividade tinha que ter paixão. Existiam dois grupos de educadores em saúde: os que gostavam e os que não gostavam de suas idéias. Ela também não gostava deles, não tinha a menor paciência. Era extremamente impaciente, intolerante com aquelas pessoas.

Hortênsia tinha rapidamente uma percepção profunda das pessoas. Percebia quando a pessoa estava realmente comprometida com alguma coisa de interesse maior, de compromisso com a realidade social, com mudança e com transformações. Percebia perfeitamente.

Tem um grupo que passou a vida inteira e acho que ainda existe, que desde o começo da educação, desde trinta e tantos, quando começou a educação em saúde, pensam em educação como sendo: eles (a população) não sabem nada, nós é que sabemos e então temos que ensinar. A briga maior era e é essa. Para Hortênsia, eles sabem, e a gente tem que aprender também com eles”.

Mais a frente Bernadete Lobato^B nos relata com o que Hortênsia se preocupava:

“Preocupava-se com o homem no seu contexto social, econômico, político e cultural e com as interrelações que explicassem as doenças. Era muito ampla a abordagem e foi essa orientação que a gente recebeu, foi fantástico. Sistematizamos um tanto de coisas que refletiam a proposta e a orientação do serviço. A questão da população era fundamental e não era bem ajudar a população a resolver seus problemas, era ver a população como pessoas que tinham pontos de vista e vidas distintas, a experiência de cada uma e o conhecimento delas traziam novos conhecimentos e os dois, o meu e o deles, se transformavam em um terceiro”.

E depois continua:

“E não era técnica não, era verdadeiro, era diálogo. Ela me dizia: ‘Você é uma representante do SESC lá, mas aqui você tem que ser a representante deles, porque se não as ações não se modificam. Você leva, mas você tem que trazer, tem que dizer o que não está certo, o que tem que ser mudado, tem que ser revisado’. Era sempre uma função crítica de um lado e do outro: da instituição e da população. Ela dizia que o fundamental era entender como as pessoas apreendiam o mundo, para deles tirar a sua sobrevivência. Que conceitos eles formulavam a partir dessa compreensão? Era fundamental para ela captar isso. Queria sempre

¹² Tal diálogo teve início com o depoimento de Lenita Vasconcelos, seguido pelo de Bernadete Lobato, e assim seguidamente...

saber por que, a partir de que referências as populações procediam daquela maneira”.

O relato de Bernadete Lobato^B chega então às experiências vividas em campo por Hortênsia e que mostram a razão e a sensibilidade da educadora para lidar com os nativos, “povo simples” ou “da terra”:

“Ela contava das experiências dela nas Ilhas do Pacífico onde queria fazer um trabalho de educação alimentar com os nativos. O que comiam eram raízes e peixes e plantavam suas raízes e pescavam. Hortênsia teve muita dificuldade, tentou em reuniões, mas não conseguia uma troca com eles. Eles não a entendiam e ela não conseguia passar nada para eles. Eles viviam do plantio de coco e da agricultura. Hortênsia chamou então um técnico agrícola que trabalhava na equipe e perguntou se em uma reunião poderia ajudá-la, no diálogo com os nativos. Assim foi que ela começou pela compreensão da nutrição dos coqueiros, como fazer para vingarem e darem bons cocos, e passa a falar então de alimentação humana. Ela indagava-os com perguntas tais como: Como é que vocês fortalecem a terra para o coqueiro ser bom, dar bons frutos e crescer bem? Como é que vocês alimentam as terras onde estão os coqueiros? E eles responderam que faziam um círculo, cavavam em volta e enterravam latas, de onde a terra então tirava os alimentos e os sais minerais. Hortênsia então partiu para a alimentação humana e foi quando conseguiu discutir com eles, acabando por criar uma cartilha chamada “Um peixe, uma raiz” em que juntos criaram até receitas”.

Tais experiências, que são muitas e aparecem em vários depoimentos, acabam por ser sintetizadas por Célio Garcia^J:

“A hipótese que faço é que ela fazia uma cartilha de saúde com o que as pessoas iam dizendo, juntando, articulando, os hábitos da região, a tradição, de cozinha, de como preparar os alimentos. Hortênsia faz isso no Brasil, e depois, trabalhando para a Organização Mundial de Saúde. (...) Ela não se afastava daquilo que eram os elementos com os quais a população interage, sobrevive, e fazia valer estes elementos para um estímulo por realizações maiores. Era o Paulo Freire na Educação Sanitária, em se tratando de saúde. (...) Hortênsia fazia um outro tipo de saúde, não era nem Saúde Pública, pois não tinha sido formada, não era nem Saúde Coletiva porque era a mensagem oficial do Ministério da Saúde na época, Hortênsia fazia uma saúde a ser inventada. Então, esse termo, possivelmente ele atende a mais de uma conveniência, pois o tipo de saúde que ela promovia ainda está sem nome, a menos que alguém tenha encontrado um. (...) É alguma coisa que não se equivale à Saúde Pública, não segue o modelo da Saúde Pública e tampouco a Saúde Coletiva, que na época pensava nos problemas de saúde associados à política”.

Dos últimos tempos de convívio próximo, quando Hortênsia de Hollanda ainda morava no Rio de Janeiro, Bernadete Lobato^B resgata algumas lembranças pessoais que mostram o quanto foram corajosas e comprometidas:

“Uma vez estava com ela e disse assim: Hortênsia, quando dou um balanço na minha vida, fico pensando que quando tinha que pegar um caminho diante de duas estradas, peguei o mais difícil e me pergunto por quê? Ela então respondeu: Olha Bete, isso também aconteceu comigo. Eu sempre fui pelo caminho mais difícil. E eu novamente falei: Pois é, até na profissão que abraçamos, a gente vive com o capim no sol e na chuva.

Porque tinha que ser, educador de casaco de gola de pele e carro com ar condicionado, não é possível!”.

E das conversas, experiências e reflexões de suas vidas, que faziam quando saíam pelos calçadões do Rio de Janeiro ou quando iam a um café francês, já que Hortênsia era apaixonada pela França, o depoimento mais emocionado foi o de Bernadete Lobato^B, ao lembrar três conversas de Hortênsia sobre morte:

“Hortênsia me falou três vezes sobre a morte. Numa primeira vez eu estava com ela quando me disse: ‘Estou sentindo uma coisa, tenho muito medo’, e eu disse: ‘Oh, Hortênsia, pode ser alguma coisa por carregar peso, qualquer coisa assim’. Ela então disse: ‘Não, a vida vai ser muito ingrata comigo se não me der um aviso prévio, eu quero receber o aviso prévio’. Numa outra conversa contou-me que estava sentada no calçadão de Ipanema com o filho Luiz, que estava com sete anos e ele disse: ‘Mamãe, eu tenho muito medo de tu morreres, se tu morreres, eu vou ficar sozinho, como é que vai ser?’. Hortênsia diz ter respondido ao filho: ‘se você lembrar de mim eu não morro nunca, porque a morte é só quando a pessoa é esquecida’. E outro foi quando me disse: ‘Bete, a pessoa para administrar a morte precisa de três anos, só para administrar a perda’. Depois ouvi isso ser repetido por uma atriz que havia perdido um filho”.

Como mulher que não impediu que sua vida primasse em tudo por aquilo que se entende por feminilidade, e pela capacidade de deixar heranças, buscamos em outra mulher, a poetisa Cecília Meireles, e em parte de seu poema “Inscrição”, palavras que pudessem colocar uma pausa em nossos escritos para deixar fluir a imaginação dos que o lêem.

“Sou entre flor e nuvem,
estrela e mar.
Por que havemos de ser unicamente humanos,
limitados em chorar?

Não encontro caminhos
fáceis de andar.
Meu rosto vário desorienta as firmes pedras
que não sabem de água e de ar.

E por isso levito.
É bom deixar
um pouco de ternura e encanto indiferente
de herança, em cada lugar.

Rastro de flor e estrela,
nuvem e mar.
Meu destino é mais longe e meu passo é mais rápido:
A sombra é que vai devagar. (1983: 189-190)

IV.2 Ciência, comunidade e coragem: memórias de um grupo de profissionais da educação em saúde no Brasil

Nesta parte do estudo, centramo-nos na trajetória de um grupo de profissionais da educação em saúde no Brasil, liderados por Hortênsia de Hollanda, entre 1960 e 1970. A análise de suas trajetórias tem como objetivo a compreensão dos valores inerentes ao grupo e a sua atuação, incluindo também suas motivações, seus interesses e as perspectivas filosóficas e políticas da ciência daquela época que se refletiam no tipo de saúde estabelecida e a ser transformada.

Baseamo-nos na entrevista coletiva realizada por Schall, em 1998, e em depoimentos individuais com os mesmos participantes, buscando as principais contribuições para as suas vidas profissionais e pessoais e para a educação em saúde no Brasil. Selecionamos relatos alusivos à importância do envolvimento desses atores para a construção de uma verdadeira revolução nos trabalhos de saúde com a população.

Hortênsia de Hollanda e a saúde a ser inventada

O pano de fundo são as décadas de 1960 e 1970, período político conturbado da história do país. Com a ascensão dos militares ao comando do governo brasileiro a partir de março de 1964, as lideranças promoveram um longo programa ideológico, acionado com a retirada dos estudantes, especialmente os de nível universitário, de qualquer autonomia representativa, mantendo-os afastados de uma participação ativa nas transformações políticas. Posteriormente, o processo prosseguiria com o afastamento de professores, a partir de 1969, pela repressão brutal às manifestações estudantis, articuladas ou não a organizações políticas clandestinas. O enquadramento ideológico completava-se pelo esvaziamento dos estudos sociais, negando-se reconhecimento à profissão de sociólogo e pela instauração de novas disciplinas como a Educação Moral e Cívica e OSPB (Organização Social e Política Brasileira), e, no âmbito superior, Estudos de Problemas Brasileiros, todas de filiação historicamente fascista missionária.

O regime militar, de caráter ditatorial e repressivo, procurava utilizar-se de forças policiais e do exército, além dos atos de exceção para se impor. Para Fico (2004), só com o estudo dos pilares básicos da repressão (espionagem, polícia política, censura da imprensa, censura de diversões públicas, propaganda política e

juízo sumário de supostos corruptos) é possível compreender a gestão de um projeto repressivo global, que, fundamentado numa perspectiva de “utopia autoritária”, buscava a eliminação do comunismo, da “subversão” e da corrupção, impedindo a caminhada do Brasil rumo ao seu destino de país do futuro.

As lideranças políticas de trabalhadores foram violentamente perseguidas e afastadas de suas funções (ALMEIDA, 1999; OLIVA, 1987). Milhares de inquiridos policiais militares foram instruídos, atingindo a maioria das universidades e institutos – USP, UFRJ, UFMG, CBPF, UnB, IOC – que viram alguns de seus professores e pesquisadores cassados ou aposentados por atos institucionais.

Os militares procuravam a retomada do desenvolvimento econômico, reservando ao capital estrangeiro um papel preponderante, e sob o lema da segurança, combatiam os movimentos populares fazendo oposição ao poder sindical e ao comunismo (HAMILTON, 1987).

A guerrilha urbana se organizava. Formada por jovens idealistas de esquerda, assaltavam bancos e seqüestravam embaixadores para obterem fundos para o movimento de oposição armada.

No campo da saúde pública, no período militar, foram desenvolvidas algumas ações como a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde, a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) em 1970 e a instituição do Sistema Nacional de Saúde em 1975. No entanto, o governo federal destinava poucos recursos ao Ministério da Saúde, o que mostrava claramente uma oposição pela medicina curativa, que era mais cara, mas que, no entanto, contava com recursos garantidos pelas contribuições dos trabalhadores para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Ministério da Saúde tornava-se assim um órgão muito mais burocrático-normativo do que um órgão executivo de política de saúde.

A margem de todo esse processo, esquecido pela história, mas forte nas lembranças dos participantes, formou-se um grupo na saúde, que insistindo na educação popular, no resgate de valores, promovia pesquisas e desenvolvia trabalhos comunitários, construindo um modelo ousado, sedutor e corajoso em relação ao estabelecido pelo militarismo. Coordenados pelas idéias de Hortênsia de Hollanda, de “deixar as pessoas encararem suas dificuldades e encontrarem suas

saídas”¹³, criaram o que Célio Garcia^J diz ser “não uma Saúde Pública, nem uma Saúde Coletiva, mas uma saúde a ser inventada por cada um”.

Para João Carlos Pinto Dias a Saúde Pública era:

“um modelo que vinha trazido de fora e o que se via no grupo era a construção de um modelo interno, até de fazer pesquisa e epidemiologia. (...) Era uma contradição ao modelo da época, em que não se podia reunir, em que as coisas vinham prontas de cima. Eram proibidas quaisquer associações comunitárias e muito menos ouvir a população”¹⁴.

E em relação ao momento político que viviam, João Carlos conta das Jornadas Brasileiras de Estudos de Educação e Saúde, que aconteceram sob organização de Hollanda em 1970 (São Paulo), 1971 (Salvador), 1973 (Curitiba) e 1975 (Brasília), e afirma:

“Hortênsia fez muitas loucuras e nos levou a fazer algumas. Uma delas foi quando, na década de 70, quando vivíamos num regime de forças, em que eram proibidas as reuniões, você convoca uma jornada de educação em saúde, em Brasília, o que era uma loucura total para a época. Acho que tinha toda uma lógica, não sei se foi pensado, se foi programado, mas sei que a nós todos causou um bem muito grande”.

Em outro momento desta entrevista¹⁵ Edite indaga Hollanda:

“Você passou o período mais difícil, o 64, fora do País. Como foi essa saída com o Brasil fervilhando e o retorno depois, já com a ditadura estabelecida? Isso lhe dava alguma segurança e descomprometimento por não estar tão ligada ao medo instituído? Isso ajudou ou não?”

E Hollanda responde:

“Eu não tinha pensado nisso, mas acho que havia sim. Eu saí em 63 e voltei em 68. Eu cheguei sem entender nada e então não tinha medo. Um amigo que me falou das torturas, das pessoas presas, mas como não tinha vivido realmente o perigo, a perseguição, não sabia ao que estava me expondo. Bom, hoje eu penso que havia um pouco de loucura e de coragem em seguir adiante. Fazíamos porque tínhamos a mesma tendência e gostávamos. Não éramos medrosos”.

Novamente João Carlos¹⁶ afirma a contradição com o momento político, e completa com exemplo do trabalho que faziam:

“Era uma época em que não se podia reunir, as coisas vinham prontas de cima, o MOBREAL vinha pronto, o Projeto Rondon. Eram proibidas quaisquer associações comunitárias e muito menos ouvir a população. Isso explica muito a contradição. E nós estávamos ali com a Hortênsia, que colocou um processo em jogo, de construir a partir da população. Talvez poucos saibam que foram compradas algumas máquinas fotográficas, coisa estranha e bonita, para entregar a alunos de escola rural, para que, fotografando, trouxessem suas realidades. Aqueles alunos, que nunca

¹³ Este diálogo é parte da entrevista coletiva realizada por Schall, 1998, com Hortênsia de Hollanda e sete de seus colaboradores para a produção de um documentário intitulado: “Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde”. Esta entrevista foi transcrita e passou a fazer parte, como documento, desta pesquisa.

¹⁴ IDEM

¹⁵ IDEM

¹⁶ IDEM

tiveram acesso a livro, estavam com uma máquina a fim de trazer para dentro do processo a leitura que eles fizeram do ambiente deles. Isso é uma coisa inusitada na época.”

Na intenção de descobrir qual a orientação seguida por Hollanda, em que se baseava, Edite¹⁷ faz uma nova indagação a Hortênsia, que em seguida responde:

“Você teve alguma formação, quer dizer, aonde você foi pegar essas idéias. Era muito de suas experiências, mas eu também me lembro de textos que circulavam. Eram pessoas que traziam estes textos ou você que buscava? Você teve, em algum momento, uma escola em que pode dizer: eu me filio a esta escola, este grupo? Me lembro de vários textos, e esse material, você é quem levantava? Você sempre estava com um livro novo, lendo. Isso é uma coisa típica sua, o tempo todo você estava lendo.

Eu tinha muita curiosidade. Eu não era médica, eu não tinha formação em sociologia, nem em biologia, imagina, e procurava e gostava de ler, não para me exhibir, eu gostava de entender as coisas. Era um pouco por aí. Alguns livros eu gostei muito, li e reli. Outros eram minhas paixões”.

Com uma carreira que inclui inúmeros cargos e atividades docentes em diversas instituições nacionais e internacionais, estudos, pesquisas, desenvolvimento e avaliação de materiais educativos, Hortênsia de Hollanda promoveu uma grande contribuição para com a trajetória da saúde pública no Brasil e principalmente para a educação em saúde (SCHALL, 1999).

Considerada como uma grande ousadia para a época, Hollanda promovia uma verdadeira revolução nos trabalhos de saúde com populações. Segundo João Carlos¹⁸ “ela escutava os prefeitos, conversava com vereadores, dava a palavra ao guarda sanitário e à dona de casa, o que era uma inversão do modelo”. Para Célio Garcia¹⁹, Hollanda “procurava ler o corpo politicamente, colocava as pessoas em contato com a realidade”.

A influência de Hortênsia de Hollanda na trajetória de um grupo de profissionais da saúde

Com o decorrer dos trabalhos, formaram-se novos profissionais, que com o aprendizado decorrente da orientação e convivência de Hollanda, criaram um novo modelo de realizar os trabalhos educativos em saúde, os quais, além de fazer a diferença com as populações que se envolviam, marcaram fortemente suas próprias trajetórias. Cada participante mostra a importância da experiência, com aspectos que merecem ser apresentados, pois descrevem desde uma oportunidade de iniciar a vida profissional até de confirmações políticas pessoais.

¹⁷ IDEM

¹⁸ IDEM

¹⁹ IDEM

São depoimentos como o de Paulo Rogedo^{20,21}, que relata como o trabalho no grupo se constituía enquanto um espaço privilegiado onde se agrupavam pessoas com características distintas, mas um só objetivo, trabalhar envolvendo a população, para a população. Assim, conta que:

“Vivia um momento pessoal muito penoso. Eu vinha de um período de militância política, na semi-clandestinidade e enfim eu era da Ação Popular. Me recusei a ir para a guerrilha, opção que muitos amigos meus assumiram. O encontro com esse grupo foi muito importante porque reforçou minha decisão. Dificilmente eu sustentaria essa decisão, sem uma possibilidade alternativa de trabalhar pelo país, eu não me perdoaria. (...) Esse grupo me abriu a possibilidade. Num dia, numa visita, trazíamos tanta coisa, era uma leitura completamente inesperada do Brasil e do povo brasileiro e as lições, às vezes, em uma frase, se tornavam a síntese de uma experiência. Para mim foi uma experiência única, uma síntese de entendimento do Brasil e de respeito ao povo e ao saber”.

Ou o de Edite Mata Machado²² que relata que:

“Eu era estudante de biologia, sem experiência com o trabalho junto à população. Era de classe média urbana e foi a primeira vez que visitei uma área rural. Fui fazer entrevistas e tateando comecei a perguntar: ‘nós viemos aqui conversar sobre o que é saúde, conte para a gente sobre isso?’ e a pessoa começou: ‘saúde, tive e não tive, o joelho inchava e eu parava de trabalhar, o joelho desinchava e eu voltava para a roça’. Falavam e quando davam uma respirada eu confirmava sua fala. Isso foi fundamental para minha iniciação. É marca para o resto da vida”.

E num outro momento Edite^C afirma:

“Eu, ainda estudante, estagiando em um laboratório na UFMG, acabei me orientando para outro tipo de estágio, que visava a realidade social do país. Isso me empurrou para essa área. Eu achava que tinha muito mais relevância fazer trabalho na Saúde Pública do que ficar dentro de um laboratório pesquisando. Por isso fui para a Saúde Pública”.

Outro depoimento marcante é o de Mônica Meyer²³, destacando que trabalhar com Hollanda foi encontrar com seu próprio desejo. Assim, relata que:

“Eu, com 20 anos, era estudante de Ciências Biológicas na UFMG e trabalhava num estabelecimento de ensino em que as idéias eram Skinner, a instrução programada com a transmissão rígida do conhecimento para os alunos passarem no vestibular. Eu me dava conta que estava reproduzindo tal coisa e falava a mim mesma que isso não era educar. Educação é fora desse esquema. Quando encontrei Hortênsia, o que pensava intuitivamente, formalmente, o que eu queria, o meu desejo estava ali. E eu, naquela época, com uma pessoa de experiência nacional e internacional, levando em consideração o que eu pensava e achava da educação. Esse respeito, essa valorização dela na equipe para mim foi muito importante. (...) Encontrar alguém que me disse: Olha é esse caminho mesmo! Foi um momento em que pude engajar num grupo em que o que eu pensava era aceito e onde consegui mais bagagem técnica e mais vivência disso. Não ficávamos só na teoria. Vivíamos o trabalho

²⁰ Sociólogo, trabalhou com Hortênsia em muitos trabalhos de comunidade no decorrer das décadas de 1960 e 1970, incluindo o projeto Capim Branco, em 1974-75.

²¹ Depoimento da entrevista coletiva citada anteriormente, realizada por Schall (1998).

²² IDEM

²³ IDEM

coletivo, sem imposição, e Hortênsia trabalhava conosco, dialogávamos. Não foi só fundamentação teórica que eu encontrei, não era uma questão teórica, era uma questão vivida. Produzimos uma teoria através das situações que estávamos vivendo”.

E do seu trabalho como colaboradora no livro “” (1977), Mônica diz que:

“Até então toda produção de material educativo falava da doença, de forma normativa e militar, sempre a doença em evidência e sempre desfocalizada de uma realidade social e cultural. A Hortênsia veio com a proposta pedagógica de trabalhar a vida, fazendo parte o lúdico e o prazer. Para a equipe era gostoso, mesmo que a gente estivesse discutindo, revendo, era cansativo, exaustivo, mas tinha sempre uma alegria que nos movia e proporcionava prazer”²⁴.

Enfim, como nos afirma Cornelis²⁵, “abriu-se para mim um outro mundo. Foi uma experiência marcante. Tenho a sensação de que estávamos fora do contexto da época”.

O que é unânime e emerge do depoimento de todos estes profissionais é um extremo respeito e profunda admiração pela pessoa Hortênsia de Hollanda e o trabalho que realizou e proporcionou que realizassem. Tal como nos conta Bernadete Lobato^B:

“Sua sensibilidade, a possibilidade de eu fazer perguntas e obter respostas, sempre foi para mim um porto seguro. Sabia que chegando perto dela eu resolveria todas as minhas dúvidas e realimentada poderia sair novamente para campo. (...) Numa dada situação Hortênsia percebeu, pela minha expressão, que estava me sentindo incompleta na minha experiência e naquele momento não disse nada. Numa conversa seguinte disse que eu tinha muita estrada para trilhar, assim: ‘Não se preocupe com o que ainda não sabe, eu tenho mesmo a obrigação de saber mais que você, já tive muito mais oportunidade”.

²⁴ IDEM

²⁵ IDEM



FIGURA 30 – Foto de Hortênsia de Hollanda durante o XVII Congresso Brasileiro de Higiene, Salvador, dezembro de 1968.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que memória nasce do esquecimento, é preciso esquecer para lembrar e lembrar é também relembrar e criar. Recriar a vida é reinventá-la, resgatá-la da dispersão e do caos em que os acontecimentos se amontoam desordenadamente. A escrita é, então, uma ordenação, uma reordenação em que os fatos ganham novas significações, eles se ressignificam e é por esse processo que o sujeito se constitui, pela palavra, na força da letra (BRANDÃO, 2003). Escrever sobre a vida de uma pessoa não é tarefa das mais fáceis. Escolhem-se acontecimentos de uma trajetória. O estudo de uma vida serve para clarear alguns pontos, assim como para obscurecer outros que em análises anteriores mostravam-se cristalinos.

As pessoas com as quais trabalhamos, possuem cada qual uma história de vida, são sujeitos humanos com características específicas, cada qual dotado de valores, sonhos e experiências. Para recompor estas experiências concretas, históricas e vivas, foi preciso escutá-las. Os entrevistados, quando constroem o relato de suas lembranças, o fazem de forma bastante livre, sem se prenderem a uma organização cronológica e em se tratando de fontes orais, as narrativas aqui apresentadas são uma produção organizada após a transcrição das entrevistas e em função do nosso interesse (GONÇALVES & LISBOA, 2007).

Assim é que, não obstante suas limitações, a história oral deve ser entendida como um método capaz de produzir interpretações sobre processos históricos referidos a um passado recente, o qual, muitas vezes, só é dado a conhecer por intermédio de pessoas que participaram ou testemunharam algum tipo de acontecimento (ALBERTI, 2003). Quando uma pessoa passava a nos relatar suas lembranças, transmitia emoções e vivências que podiam e queriam que fossem compartilhadas, transformando-as em experiências, para fugirem do esquecimento. No momento em que as entrevistas eram realizadas, sabíamos que o entrevistado encontrava um interlocutor com quem trocava impressões sobre a vida que transcorria ao seu redor; foram momentos nos quais as lembranças eram ordenadas com o intuito de conferir, com a ajuda da imaginação, ou da saudade, um sentido à vivência que narrava em sua história.

Ao responder a uma indagação, nossos entrevistados foram instados à rememoração. No momento da entrevista, cada participante se mostrou disposto a

lembrar de acontecimentos e pessoas situadas em outros tempos e lugares. Porém, foi o tempo presente, ainda que nem sempre expresso em palavras, que serviu de ponto de partida para as lembranças. Voltar no tempo é um exercício que necessita de um constante ir e voltar, pois cada lembrança ancora-se a um momento presente. Do mesmo modo, cada lembrança trazida à tona, associa-se a uma outra e outra.

Assim foi que a matéria prima dos depoimentos com os quais trabalhamos foram as lembranças. Para Halbawachs (1990), “a lembrança é em larga medida uma reconstrução do passado com a ajuda de dados emprestados do presente e, além disso, preparada por outras reconstruções feitas em épocas anteriores e de onde a imagem de outrora manifestou-se já bem alterada”.

Escrever sobre Hortênsia de Hollanda não foi, nem será, tarefa das mais fáceis. Foram muitas as dúvidas ao longo da escrita, cortinas de fumaça rondaram o texto, até que esse, enfim, estivesse pronto. Mas ainda há muito o que dizer, o que pesquisar, sobre essa personagem por vezes enigmática, por vezes revelada a partir de um escrito, uma fala da educadora, de um dos seus colaboradores, um escrito de outrem...

Ao se eleger uma pessoa para que dela se realize uma biografia, pensa-se que há algo a dizer. Há um significado a ser atribuído em um determinado espaço ao longo de certo tempo. E Hollanda marcou a saúde pública brasileira do século XX. Diversos foram os caminhos que trilhou. Alguns foram retratados nesta tese. Inicialmente, a trajetória profissional da educadora, que com a influência positiva do pai, essencial na constituição de seus valores e de sua personalidade, criou, por onde passou, espaço para práticas transformadoras que levaram em consideração aspectos culturais, ambientais e sociais, propondo processos educativos em saúde muito mais democráticos, críticos e inseridos no contexto de cidadania.

Traçamos, o que em nossa interpretação, são os três momentos mais significativos na trajetória profissional de Hollanda no Brasil: O ingresso no DNERu; a pesquisa realizada com populações das áreas endêmicas de esquistossomose e doença de Chagas, no nordeste do Brasil (Varjão e Mandacarú, bairros do interior de João Pessoa, Paraíba); e a pesquisa de Capim Branco. Os depoimentos colhidos, os documentos e fotos ilustram a trajetória de uma pessoa convicta daquilo que queria realizar: educar promovendo a “compreensão” da saúde. Mas pode-se afirmar que seus objetivos frutificaram, pois lançou as sementes de um trabalho pioneiro não só na educação e ação comunitária, mas também de auto-avaliação e

desenvolvimento de equipes profissionais. Além disso, almejava ser uma boa profissional naquilo que se dispusesse a fazer. Realizou seus objetivos, por isso escreveu no final de seu informe curricular: “Anos depois ouvimos testemunhos de que tinha sido uma das aprendizagens mais gratificantes e significativas tanto para alunos como professores” (HOLLANDA, 1996).

Sua vida é marcada por aquilo que melhor sabia fazer, envolver pessoas na discussão de projetos de melhoria das condições de vida, a partir das percepções que essas mesmas tinham de sua própria situação. Suas atividades como educadora sanitária, revelam uma preocupação que ultrapassa a saúde e alcança a expressão plena da vida.

No encontro e interação com outros educadores que também mantiveram como foco de interesse o contato com as populações, Hollanda produziu materiais com características próprias de seu grupo e avançadas para o momento em que foram propostos. Em nosso estudo, retomamos três principais materiais: um manuscrito que é a transcrição de uma aula proferida por Hollanda, no curso de Atualização de Conhecimentos sobre Endemias Rurais, na Faculdade Fluminense de Medicina e datado de 1956; o “Saúde: Meio ambiente e Comportamento – Guia para a saúde na Amazônia”, escrito em parceria com Evany Gualberto, em que abordou alguns problemas de saúde mais comuns da região Amazônica nas décadas de 1960 e 1970 – época em que provavelmente foi produzido; e o “Saúde, como Compreensão de Vida” (MS/DNES - MEC/PREMEM, 1977), livro coordenado por Hollanda, em que participaram da elaboração diversos profissionais da área da saúde e educação. São materiais com características distintas, cuja marca que os une é o objetivo sempre presente em seus trabalhos, de estruturar um mínimo de conhecimentos e de atitudes capazes de levar os indivíduos à compreensão dos problemas de saúde, estimulando a sua autonomia e responsabilidade, associadas a uma ação coletiva.

Como mulher fez-se respeitada numa área até então muito masculina, e com grandes nomes da saúde mantinha um diálogo profissional e de qualidade que a tornaram referência como educadora sanitária. Tem-se notícia de sua ampla participação na área da saúde nas décadas de 60 e 70. Ao lado de um ministro conservador, Mário Pinotti, conseguiu espaço para promover seus trabalhos e trabalhar suas idéias. Posteriormente, num momento conturbado, por ocasião do período ditatorial, promoveu debates e discussões, estimulando um anti-modelo. Ousadia, coragem..., as falas de Hortênsia ou sobre ela demonstram que era

mesmo convicção, certeza, consciência social que teriam moldado a obra pioneira que encanta por sua adequação, razão e sensibilidade.

Sua presença ficou adormecida entre os educadores em saúde, mas nunca esquecida e jamais apagada entre os que com ela participaram da realização de trabalhos, que ora revelam políticas de saúde institucionais no país, ora compromissos com organismos internacionais, trabalhos em caráter experimental ou outros marcados por uma sistemática já aprovada, numa perspectiva de irradiar enfoques mais amplos para a saúde pública.

Ainda haveria muito o que dizer, dados a coletar... Seus textos, seus trabalhos, dados sobre sua vida, encontram-se perdidos em documentos não consultados, em relatos ainda não colhidos. Como pesquisar tantos materiais, com as atribuições da vida moderna, com o espaço de tempo reservado à escrita de uma tese? Contudo, não se pretendia com este trabalho a recuperação de toda uma vida. Visava-se unicamente, a partir da abordagem de alguns acontecimentos de uma vida, trazer uma contribuição à compreensão desta vida como também de certo espaço em determinada época. Alguns pontos a respeito da educação em saúde a partir da participação comunitária foram aqui esclarecidos. Também foram discutidas muito mais que questões sobre como promover um ensino-aprendizagem significativo e a utilização dos recursos educativos, principalmente o livro didático, não aceitando sua utilização de forma acrítica. Buscou-se, nas próprias palavras de Hollanda, confirmar a crença “na capacidade criadora do ser humano para superar suas próprias dificuldades. Apesar dos problemas de fome, miséria, atraso, esquecimento, ainda consegue mobilizar forças para lutar por sua sobrevivência” (HOLLANDA, 1996).

Conclui-se essa tese com a certeza do muito que resta a escrever sobre Hortênsia de Hollanda. Cabe lembrar, porém, que este texto deve ser ampliado por novos estudos que ajudem a compreender, não somente a vida dessa educadora em saúde, mas também questões relativas ao tema e a pensar nas transformações políticas, econômicas, culturais e sociais que, neste início de milênio, estão ocorrendo. Em problemas de saúde de grande impacto atual, como a AIDS, drogas ou crônicos como a violência, a exploração infantil. Na velocidade das informações no campo da saúde, no jogo das forças e influências políticas e de interesses de grandes grupos empresariais, no poder do saber, na manipulação dos conhecimentos para imposição de práticas e conceitos.

Neste ano, em que Hollanda completa noventa anos, só nos resta registrar que estudos biográficos servem para constatar a relativa liberdade do indivíduo, que se movimenta a partir de normas culturais, de significados já atribuídos a ações por um certo grupo. Hortênsia Hurlia de Hollanda agiu dentro de determinadas conjunturas – no Brasil, no exterior, na Saúde Pública, na Educação em Saúde – mas também escolheu livremente parte do caminho a ser percorrido em sua longa trajetória. Felizes dos que partilharam com ela deste caminho, ou de nós que influenciados, desejamos continuar nesta estrada.

Como um plantador do futuro, Hortênsia de Hollanda será sempre lembrada porque nos deixou raízes, asas e sonhos como herança. Ela nos deixa um legado de esperança e a melhor maneira de homenageá-la é reinventá-la. Não copiá-la. É levar adiante o esforço de promover a saúde. É pensar que princípios e processos de formulação melhor poderão preparar o profissional de educação em saúde numa perspectiva futura e que políticas de saúde podem ser consideradas mais apropriadas. Ela nos deixou teorias e exemplos que nos podem levar muito além de onde estamos hoje.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, V. Manual de história oral. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALBUQUERQUE, P.C. & STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Revista Interface: Comunicação, saúde, educação, v.8, n.15, 2004.

ALMEIDA, A. Novas leituras para antigas lutas: representatividade e organização coletiva entre trabalhadores do ABC Paulista – 1964/1990. Rev. bras. História 1999, 19: 34-70.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70, 1979.

BIANCONI, M.L, CARUSO, F. Educação não formal. Ciência e Cultura, São Paulo, 57, nº 4, p 20-49, out. /nov. /dez 2005.

BONFIM, J.R.A. Agradecimento à Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. São Paulo, 2002. (Discurso proferido por ocasião a concessão de menção honrosa à Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, pelo Conselho Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde).

BRANDÃO, R.S. Maria Helena Cardoso: um teto não-todo seu. Rev. da Academia Mineira de Letras, Belo Horizonte, ano 81, v.XXX, set/out./nov. 2003.

CAMILLO-COURA, L. José Rodrigues da Silva: uma vida, uma obra, uma escola. Rio de Janeiro, s/n; 1969. 66 p.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública. Abr. 1997, vol. 31, n.2, p. 209-213.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução CNS n.41 de 03/03/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

DINIZ M.C.P. As representações sociais da esquistossomose de escolares de área endêmica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. 106 p. (Dissertação, Mestrado em Educação).

DINIZ, M.C.P., BRAGA, R., SCHALL, V.T. As representações sociais da esquistossomose de escolares de uma área endêmica de Minas Gerais. Belo Horizonte. Ensaios, 5: 28-47, 2004.

DINIZ, M.C.P., FIGUEIREDO, B.G., SCHALL, V.T. Um manuscrito inédito da educadora brasileira Hortênsia de Hollanda: a “arte” da educação em saúde para a prevenção e controle das endemias no Brasil. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2007.(No prelo).

DINIZ, M.C.P., SCHALL, V. Estudo exploratório sobre estratégias e materiais educativos utilizados na prevenção e controle da esquistossomose e outras helmintoses. In: 52ª Reunião da SBPC, Brasília, 2000.

DINIZ, M.C.P., SCHALL, V. O conceito de ciência e cientistas – Análise do Discurso e escolha profissional de alunos de um Programa de Vocação Científica no âmbito de uma instituição de pesquisa na área de saúde. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (4.:2003: Baurú, SP). Atas [recurso eletrônico] / IV Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências: organizador Marco Antônio Moreira. [Porto Alegre: s.n.], 2004.

FICO, C. Versões e controvérsias sobre 1964 e a ditadura militar. Rev. bras. História. 2004, 24: 29-60.

FORQUIM, J.C. Escola e Cultura: as bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930 [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Mário Pinotti. Disponível em: <<http://www.fgv.gov.br>> Acesso em: 10 de jul. 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Casa de Oswaldo Cruz. Departamento de Arquivo e Documentação. Fundo Instituto de Endemias Rurais: inventário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

GARCIA, A.L.R. Educação sanitária e esquistossomose. Rev. Bras. Malariologia e Doenças Tropicais. Rio de Janeiro, n. 9, p. 175-88. 1965.

GIORDAN, A. Health education, recent and future trends. Mem Inst Oswaldo Cruz, v. 95, Suppl 1, p.53-8, 2000.

GONÇALVES, R. de C., LISBOA, T.K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. Rev. Katálysis. V.10, n. esp. P.83-92, 2007.

GUATTARI, F. As três ecologias. Capinas: Papirus, 1993. 56p.

HALBWACHS, M. A memória coletiva. São Paulo: Vértice, 1990.

HAMILTON, W. "Massacre de Manguinhos": crônica de uma morte anunciada. 1987.

HOLLANDA, H. H., GUALBERTO, E. Saúde: Meio Ambiente e Comportamento – Guia para saúde na Amazônia. 1972.

HOLLANDA, H.H. Informe curricular. Rio de Janeiro. 1996.

LABRA, M.E. O movimento sanitaria nos anos 20: Da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, 1985. 410p. (Dissertação, Mestrado em Administração Pública).

LATTES. Texto informado pelo autor [on line]. Aluizio Prata. Disponível em <<http://www.buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4780486Y1>> Acesso em 10 de jul. 2007.

LE GOFF, J. "Introdução" e "Nota da introdução", in São Luís: biografia, Rio de Janeiro, Record, 1999.

LEVI, G. Sobre a Micro-história. In: BURKE, P. A Escrita da História. SP: Editora da Universidade Paulista, 1992.

_____. Usos da biografia. In: FERRREIRA, M. de M., AMADO, J. (orgs.), Usos & abusos da história oral, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2000.

LIMA, A.L.G.S., PINTO, M.M.S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 1037-51, 2003.

LIMA, M.A., ZANCAN, L.P. O discurso da educação em saúde (1940-1980): uma contribuição para a história das políticas públicas de saúde no Brasil. In: LIMA, Magali Alonso et al. Contribuição para análise de políticas públicas no Brasil: educação, saúde e mudança social. Rio de Janeiro. Cadernos do ICHF; n.45: p.1-40, mar.1991.

LIMA, M.E.A.T., STRALEN, C.J. van, ROLAND, E.M.S. Estudo sobre a reinfecção de Esquistossomose em Baldim-MG. Relatório de pesquisa – Centro de Pesquisa René Rachou. Belo Horizonte, 1973.

LORIGA, S. A biografia como problema. In: REVEL, J. (org.), Jogos de escalas: a experiência da microanálise, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1998.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU/EDUSP, 1986.

LUZ, Z.M.P.da et al . Avaliação de material informativo sobre leishmanioses distribuído no Brasil: critérios e subsídios para a elaboração e o aperfeiçoamento de materiais educativos para a saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 de fev. 2004.

MANDERCHEID, J.-C. Modeles et principes en education pour la santé. Revue Française de Pédagogie, 107: 81-96, 1994.

MARTINS, A.V.. "Memória sagrada". In: PESSOA, S. Ensaio Médico-Sociais. São Paulo, CEBES/Hucitec, 1978, p. 31-33.

MATA-MACHADO, M.N. O Setor. In: BOMFIM, E..de M. et al. (org.). Psicologia Social: Memórias, saúde e trabalho. São João del-Rei: Programa de Pós-graduação da UFMG – ABRAPSO Regional Minas, 2004. cap. 2, p. 19-31.

MEIRELES, C. Inscrição. In: MEIRELES, C. Mar Absoluto. 3 ed. 1983. 297p.

MELO, J.A.C. Educação Sanitária: uma visão crítica. Cadernos CEDES. São Paulo: n.4, 28-43, 1987.

MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G., SOUZA, E.R. Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ DIVISÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA/ PROGRAMA DE MELHORIA E EXPANSÃO DO ENSINO. Saúde, como compreensão de vida: um programa de saúde destinado a professores e alunos de 5ª a 8ª série do 1º grau. HOLLANDA, H.H. de (org.). Rio de Janeiro, 314 p., 1977.

MOHR, A., A natureza da educação em saúde no Ensino Fundamental e os professores de ciências. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. 2 vols. (Tese, Doutorado em Educação, Ensino de Ciências Naturais).

MOHR, A., SCHALL, V. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(2): 199-203, 1992

MOTT, M.L. Revendo a história da enfermagem em São Paulo. Revista Pagu. n 13, p. 327-355, 1999.

OLIVA, A.M. Imagens da luta: 1905-1985. São Paulo: Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema, 1987.

OLIVEIRA, M.L. Ações educativas em saúde para escolares à luz de Conferências e Congressos Nacionais de Saúde. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 1996. 186 p. (Dissertação, Mestrado em Saúde Coletiva).

OLIVEIRA, M.T. Contribuição à memória da Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 380-81, jul/set, 1986.

OLIVEIRA, T.C. Avaliação por especialistas do livro “Saúde como Compreensão de Vida”. Belo Horizonte: Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. (Monografia de Especialização em Ensino de Ciências e Matemática).

ORNELLAS, C.P. Educação em saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP, 1981. 166p. Cap. 2: Institucionalização da prática educativa nos serviços de saúde – O caso brasileiro: Breve histórico (1889-1960), p. 19-31. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública).

PAIVA, C.H.A. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 795-831, out.-dez. 2006.

PELLON A.B, TEIXEIRA I. Distribuição geográfica da esquistossomose mansônica no Brasil. Divisão da Organização Sanitária, Rio de Janeiro. 106 pp, 1950.

PERROT, Michele. Os Excluídos da História: operários, mulheres, prisioneiros: Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PROSSIGA. Textos de grandes médicos brasileiros [on line]. Emmanuel Dias. Disponível em <http://www4.prossiga.br/chagas/traj/links/textos/emmanuel.html>. Acesso em 10 de jul. 2007.

_____. Textos de grandes médicos brasileiros [on line]. Henrique Aragão. Disponível em <<http://www4.prossiga.br/chagas/traj/links/textos/aragão.html>> Acesso em 10 de jul. 2007.

_____. Textos de grandes médicos brasileiros [on line]. José Pelegrino. Disponível em <<http://www4.prossiga.br/chagas/traj/links/textos/pellegrino.html>> Acesso em 10 de jul. 2007.

ROCHA, H.H.P. A educação sanitária como profissão feminina Cad. Pagu n.24 Campinas jan./jun, 2005.

SCHALL, V. Contos de fatos: histórias de Manguinhos. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001. 260p.

_____. Histórias, jogos e brincadeiras: alternativas lúdicas de divulgação científica para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente. In: MASSARANI, L. O pequeno cientista amador. A divulgação científica e o público infantil. Rio de Janeiro: Vieira & Lent: UFRJ, Casa da Ciência: FIOCRUZ, 2005.

_____. Série "A Água em nossa Vida" - 1- Histórias da Gente; 2- Água e Saúde-Projetos e Ações Integradas; 3- Água e Saúde - Saber para Prevenir. Brasília: Ministério de Integração Nacional, 2002 (Cartilhas educativas).

SCHALL, V.T. & STRUNCHINER, M., Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 15 (sup.2): 4-5, 1999

SCHALL, V.T. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (Sup.2): 149-159, 1999.

_____. Interactive perspective of health education for the tropical disease control: The schistosomiasis case. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. Proceedings of the IV international Symposium on Schistosomiasis. V. 93 (SUPPL. I), p. 51-58, 1998.

_____. Perspectivas de implantação do Programa de Vocação Científica no centro de Pesquisas René Rachou. Vox Poli. Jornal da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, ago./out. 1998, nº 6, p. 8.

_____. Vídeo - Alfabetizando o Corpo: O Pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. 1998.

_____. Vídeo – Alfabetizando o Corpo: O Pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. 2001

SCHALL, V.T., DINIZ, M.C.P., Information and Education in Schistosomiasis Control: an Analysis of the Situation in the State of Minas Gerais, Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, v.96, p.35-43, 2001.

SCHALL, V.T., MASSARA, C.L., DINIZ, M.C.P. Educação em Saúde e participação comunitária no controle da esquistossomose. In: CARVALHO, O.S. (org.).

Schistosoma mansoni e esquistossomose: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SILVA, P. Contribuição para o estudo da schistosomiase na Bahia. Brasil Médico 22: 281-83, 1908.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Norma Operacional Básica do SUS – 01/96. Ministério da Saúde, texto aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, 1996.

SMEKE, E.L.M. & OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M., (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA MEDICINA (SBHM). Médicos do Brasil [on line]. Carlos Chagas Filho. Disponível em <<http://www.sbhm.org.br>> Acesso em 10 de jul.2007.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde: notas para reflexão. v. I, n.1. Rio de Janeiro: Nesc/DCS/Ensp/Fiocruz, 1989.

STRALEN, C.J. van. A psicologia social da saúde em Minas Gerais: um resgate histórico. In: BOMFIM, E. de M. et al. (Org.). Psicologia Social: Memórias, saúde e trabalho. São João del-Rei: Programa de Pós-graduação da UFMG – ABRAPSO Regional Minas, 2004. cap. 3, p. 56-87.

VALADARES, J. Saudação a Hortênsia Hurpia de Hollanda. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. (Discurso proferido por ocasião do recebimento de Hortênsia do título de Doutora Honoris Causa da ENSP/Fiocruz).

VASCONCELOS, E. M. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In.: COSTA, M. V. (Org.) Educação popular hoje. São Paulo: Loyola, 1998.

VILLANI, A. Reflexões sobre o ensino de Física no Brasil: práticas, conteúdos e pressupostos. Rev. Ensino de Física, 6 (2): 76-95, 1984.

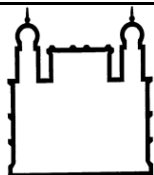
WEBER, R.P. Basic Content Analysis. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1990.

Anexo 1- Quadro do documento recolhidos de Hortênsia de Hollanda

Título do documento	Especificação do documento	Data	Local encontrado	Observação
A educação e a ajuda para medidas de saneamento nas comunidades estáveis	Documento – Texto	s/d	Arquivo COC/DAD Hortênsia de Hollanda	Parte de um texto com timbre do MS/DNERu em que relatam sobre a campanha contra esquistossomose iniciada em 1955.
Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em Saúde	Artigo publicado no Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2): 149-159, 1999	1999	Doação Virgínia Schall	Artigo elaborado por Virgínia Schall, baseado em entrevistas com a educadora.
Caixa Slides Diapositivos assuntos médicos.	Slides (131)	s/d	Doação Virgínia Schall	Caixa com vários slides, mostrando lâminas, doentes e comunidades.
Diagramas p/ Dependentes de 3 a 6 anos e Dependentes adultos	Desenho de diagrama	s/d	Doação Bernadete Lobato	Diagramas utilizados para desenvolvimentos dos trabalhos
Documentário Hortênsia de Hollanda	Fita UHF	1998	Doação Virgínia Schall	Entrevista coletiva de sete dos principais colaboradores para com HH.
Economia e Alimentação no Nordeste, em áreas de esquistossomose – Dados de um inquérito em dois bairros populares de João Pessoa, Paraíba	Documento – Resultado de Inquérito	s/d	Arquivo COC/DAD Hortênsia de Hollanda	Documento em papel timbrado do Serviço Nacional de Malária, em que Dante Costa e Hortênsia de Hollanda apresentam os dados de um inquérito em Mandacaru e Varjão. Parece ter sido escrito em meados na década de 1950.
Educação Sanitária na profilaxia das Endemias Rurais	Documento - Manuscrito	1966	Arquivo INERu 06.00.00/01.07.12	Aula proferida por Hortênsia num curso de atualização de conhecimentos sobre endemias rurais.
Esquema elaborado para relembrar Hortênsia	Esquema	2005	Doação Bernadete Lobato	Esquema de Bernadete Lobato contemplando momentos, datas e reflexões suas sobre Hortênsia, que a guiaram na entrevista concedida a Cecília, em 2005.
Esquema sobre Análise Automática do discurso	Documento	s/d	Doação Bernadete Lobato	Esquema do livro de Pêcheux, Análise automática do discurso, utilizado por Hortênsia para explicar o que é Análise do Discurso
Estatuto da Equipe Familiar de Mandacaru	Reportagem de jornal	1960	Arquivo COC/DAD Hortênsia de Hollanda	Reportagem publicada no Diário Oficial de João Pessoa, oficializando o estatuto da equipe familiar de Mandacaru
Guia para a saúde na Amazônia	Documento - Manual	s/d	Doação Evany Gualberto	Manual sobre a saúde na Amazônia
Informe Curricular Hortênsia Hurlpia de Hollanda	Documento - Currículo	1996	Doação Bernadete Lobato	Currículo de Hortênsia elaborado para recompor o trajeto profissional do período de 1942 a 1987. Composto de Introdução, Formação básica e desenvolvimento profissional, Cargos e atividades docentes, Observação de programas, Pesquisa e produção de documentos e Exemplos de algumas experiências.
Inquérito em Mandacaru	Documento - Inquérito	1960	Arquivo COC/DAD Hortênsia de Hollanda	Inquérito utilizado em Mandacaru constando perguntas sobre: A) Comportamentos relativos à esquistossomose; B) Comportamento em relação as doenças; C) Destino dos desejos; D) Fontes e proteção dos abastecimentos; E) Habitação

Anexo 1- Quadro do documento recolhidos de Hortênsia de Hollanda

Parasitoses Intestinais (06) Saúde, como compreensão de Vida (02) Guia para saúde na Amazônia (02)	Desenho em lâminas de acetato	s/d	Doação Lobato	Bernadete	Desenhos para apresentação que foram retirados de materiais produzidos por Hortênsia, muitos desenhados e coloridos por Guy de Hollanda. Eram utilizados por Bernadete nos seus trabalhos do SESC.
Percepção da realidade	Documento - Texto - manuscrito	s/d	Arquivo Hortênsia de Hollanda	COC/DAD	Parte de um texto que provavelmente foi escrito por Hortênsia sobre Percepção da realidade, o que é percepção, quais as percepções sobre fossas domiciliares.
Política de Educação para a Saúde no Sesc	Documento – lâminas para apresentação	1973	Doação Lobato	Bernadete	Lâminas em que mostram relatos de Hortênsia sobre a importância de trabalhos com grupos populares e educação em saúde.
Relação do pessoal de educação sanitária no Brasil	Documento	s/d	Arquivo Hortênsia de Hollanda	COC/DAD	Relação com nome, formação em educação sanitária, formação básica e localização do pessoal de ES no Brasil – Acompanhado de um modelo operacional para o ensino de saúde nas escolas.
Reunião dos Coordenadores e Assessores do Plano Piloto de Controle da Esquistossomose	Documento – Ata de reunião	1967	Arquivo Hortênsia de Hollanda	COC/DAD	Ata de reunião dos coordenadores e assessores do plano piloto de controle da esquistossomose em relação a situação geral e aos planos operacionais regionais
Saneamento Básico – traduzido e adaptado da monografia nº 39, da Organização Mundial de Saúde – MS/DNERU	Documento - Texto	1964	Arquivo INERU	COC/DAD	Texto adaptado de monografia da OMS, pela seção de Educação Sanitária, sugerindo formas de trabalhar.
Saudação a Hortênsia Hurlpia de Hollanda	Documento - texto	1999	Enviado por Edite Mata Machado		Saudação realizada por Jorge Valadares para Hortênsia por ocasião do recebimento do título de Doutora Honoris Causa da Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
Saúde, como compreensão de vida (MS/DNES-MEC/PREMEM)	Livro	1977	Doação Virginia Schall		O livro é um programa de saúde destinado a professores e alunos de 5ª a 8ª série do 1º grau. Foi um convênio firmado pelo MS/DNES – MEC/PREMEN. Organizado em três unidades: Os alimentos e a saúde, Os modos de o homem morar e a saúde, As defesas do homem.
Submissão projeto à consideração	Documento - Carta	1968	Arquivo Hortênsia de Hollanda	COC/DAD	Carta de Hortênsia de Hollanda ao Diretor Substituto do INERU, Dr. Marcelo de Vasconcelos Coelho, submetendo um projeto de intervenção psico-sociológica a ser realizado em Belo Horizonte.
Suplemento de encarte do livro: Saúde, como compreensão de vida	Documento – Encarte ilustrativo	1976	Doação Lobato	Bernadete	Encarte do livro em que colocam ilustrações dos trabalhos executados pelos alunos de um complexo escolar baiano e fichas informativas.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

**CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL
PARA O CENTRO DE PESQUISA RENÉ RACHOU**

1- Pelo presente documento, _____ (nome),
_____ (nacionalidade), _____ (estado
civil), _____ (profissão), carteira de
identidade nº _____, emitida por _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado
em _____

_____cede e transfere neste
ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo ao Centro de Pesquisas
René Rachou a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o
depoimento oral prestado no(s) dia(s) _____, na cidade de
_____, perante os pesquisadores
_____ e _____.

2- Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário, o DEPOENTE, proprietário originário do depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente, o direito ao exercício pleno dos seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.

3- Fica pois o Centro de Pesquisas René Rachou plenamente autorizado a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 02 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

_____, _____, _____
Local _____, _____ data

(Nome do Cedente) Centro de Pesquisas René Rachou

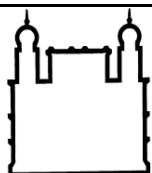
TESTEMUNHAS:

Nome legível: _____

CPF: _____

Nome legível: _____

CPF: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

Responda a estas perguntas ou mande seus comentários e opiniões

1. Identificação:

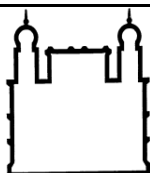
- 1.1. Nome:
- 1.2. Endereço:
- 1.3. E-mail:
- 1.4. Profissão:
- 1.5. Escolaridade:
- 1.6. Instituição que trabalha:

2. Estrutura do material:

- 2.1. A estrutura ou formato do livro lhe parece pertinente? Porque?
- 2.2. As informações técnicas estão corretas? (Atentar e apontar conceitos errôneos, distorcidos ou ultrapassados, indicando-os nas páginas dos próprios manuais)
- 2.3. Os temas se apresentam de forma contextualizada para as necessidades do público? Eles se situam dentro da realidade brasileira (urbana e rural), abordando conceitos e informações necessários para o seu real entendimento? Justifique a sua opinião com exemplos.

3. Linguagem:

- 3.1. A linguagem utilizada no livro é compreensível e adequada para o público alvo?
- 3.2. Os textos lhe parecem bem estruturados (contém excesso ou escassez de conceitos)?
- 3.3. Todos os conceitos importantes para a abordagem dos temas pretendidos são abordados de forma satisfatória?
- 3.4. O tamanho dos textos são adequados (bons, longos e cansativo ou curtos e superficiais)?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

- 3.5. Há conceitos ou fatos importantes que não foram abordados pelo livro? Em caso positivo, apontá-los e especificar o por que da importância de sua inclusão.
- 3.6. Levando em conta a data do livro, seriam os textos e as referências bibliográficas atualizadas? A qualidade das referências são adequadas? Em caso negativo, quais bibliografias poderiam atualizar as documentações de apoio e o livro como um todo?
- 3.7. Os temas e conceitos são abordados nos textos devidamente? Você percebe idéias pré-conceituosas em relação às informações expressas nos textos? Estariam as informações sendo tratadas de forma inadequadas? Aponte e justifique, expressando a sua opinião.

4. Ilustrações:

- 4.1. De acordo com o dicionário Aurélio (Ferreira, 1986), o conceito de ilustração se define como “imagens e figuras de natureza diversa usadas para elucidar e/ou ordenar o texto”. As ilustrações dos livros seriam, de acordo com esta definição, ilustrativas e adequadas aos textos?
- 4.2. A apresentação visual é atrativa e bem organizada?
- 4.3. Os gráficos, mapas, tabelas, etc. são legíveis e compreensíveis? Em caso negativo, justificar e apontar no livro.
- 4.4. Qual sua opinião sobre a qualidade, pertinência e qualidade das ilustrações?

5. Metodologia:

- 5.1. A metodologia proposta no livro é assimilável para os professores e adequada para o público a que se destina?
- 5.2 Na sua opinião, o livro pode ser trabalhado de forma interdisciplinar? A metodologia proposta favorece ou prejudica?

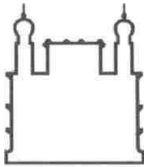
6. Avaliação geral:

- 6.1. Especificar aspectos bons e ruins em relação ao livro.
- 6.2. O que você mudaria para melhorar o livro?
- 6.3. Qual a sua opinião final após a leitura?

Av. Augusto de Lima, 1715, 30190-002 Belo Horizonte - MG - Brasil

Tel: 31 3295-3566 (ramal 141) - Fax: 31 3295-3115

e-mail: cecilia@cpqrr.fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

PARECER Nº 06/2006 – CEP SH- CPqRR

Protocolo CEP SH/CPqRR nº: 02/2006

Projeto de Pesquisa: "A História da Educação em Saúde no Brasil: recuperando a trajetória de Hortênsia de Holanda"

Pesquisador Responsável: Virginia Torres Schall

Instituição: Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ

Data de entrada no CEP: 15/2/2006

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, após consideradas as respostas as pendências anteriores, constatou-se que as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

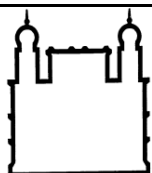
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou / FIOCRUZ, de acordo com as atribuições da Resolução 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **PROJETO APROVADO**

Belo Horizonte, 2 de maio de 2006.

João Carlos Pinto Dias
Coordenador do CEP SH- CPqRR

Dr. João Carlos Pinto Dias
Pesquisador Titular
SIAPE 0319611 - CRM-MG 3698
LTEDC - CPqRR / FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde

Ilmo. Sr.

O livro “Saúde, como compreensão de vida”, coordenado por Hortênsia de Hollanda e publicado em 1977 com o apoio do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde é uma publicação pioneira e fundamental para a área de educação em saúde. O livro é resultado de uma pesquisa participante que objetivava desenvolver materiais audiovisuais com a participação das populações locais, incorporando aspectos sociais e ecológicos na saúde pública, sendo uma obra avançada para o seu tempo e ainda de referência nos dias atuais.

Com o propósito de desenvolver a avaliação deste material com vistas à futura reedição do mesmo, propomos identificar o potencial educativo e verificar a pertinência dos temas e as características do material, assim como a contribuição para com a prática pedagógica. Você pode nos ajudar!!!

A resposta deste questionário é de fundamental importância para a nossa possibilidade de atualizá-lo. Mesmo você não sendo necessariamente um trabalhador na área de saúde ou educação, sua opinião é importante para nós, sendo que todos que utilizam desse manual pode nos ajudar a melhorá-lo.

É do nosso interesse obter sua opinião claramente exposta, evitando ao máximo outras interpretações. Por isso, pedimos respostas o mais completas possível. Sempre que puder, justifique e explique os “porquês” das questões.

Na cópia do livro que estamos enviando podem ser feitas várias anotações, mas é importante que seja devolvido. Para a remessa dos questionários o endereço está abaixo especificado.

Desde já agradecemos.

Atenciosamente.

Virgínia Schall, Cecília Diniz e Tatiana Oliveira