

NO PRELO

COLEÇÃO  
**EJA**  
LENDO MUNDO  
LENDO PALAVRAS

Heli Sabino de Oliveira  
Karina Dias Gea  
Organizadores

4



**EJA**

SAÚDE E  
CORPOREIDADE

Direito à Vida





Heli Sabino de Oliveira  
Karina Dias Gea  
Organizadores

# Caderno Pedagógico 4

## EJA, SAÚDE E CORPOREIDADE: Direito à Vida

FaE/UFMG  
Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte  
Belo Horizonte, 2020

**Organização**

Heli Sabino de Oliveira  
Karina Dias Gea

**Assessoria Pedagógica**

Maria José Batista Pinto Flores

**Projeto Gráfico**

Adelson França Júnior  
Terezinha Araújo

**Tratamento de imagem da capa**

Adelson França Júnior

\*Foto original cedida por Pixabay

**Revisão Textual**

Flávia Luz

**Revisão Técnica**

Adelson França Júnior  
Sâmella Andrade

**Autoria**

Adilson dos Reis Nobre  
Adriana Nogueira Araújo  
Ariel Boaz Costa e Silva  
Diego de Oliveira  
Douglas Tomácio  
Heli Sabino de Oliveira  
Jalmiris Regina Oliveira Reis Simão  
Joanna de Castro Magalhães Assenção  
João Manoel Ferreira Gomes  
Juliana Vieira da Silva  
Karina Dias Gea  
Laiz Cristina da Silva  
Laura Palhares  
Marcial de Carvalho Junior  
Maria do Socorro Lages Figueiredo  
Mariete Menezes Amaral Rodrigues  
Matheus Resende Teixeira  
Maurício Barbosa Lima  
Regiane Sabino de Oliveira Leles  
Sâmella Andrade  
Sílvia Mendes Santiago  
Wallesson Gomes da Silva

**Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte**

**Secretária:** Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben

**Secretário Municipal Adjunto:** Marcos Evangelista Alves

**Subsecretária de Planejamento, Gestão e Finanças:** Natália Araujo

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Reitora:** Sandra Goulart de Almeida

**Vice-reitor:** Alessandro Fernandes Moreira

**Pró-Reitoria de Extensão**

**Pró-reitora:** Cláudia Andréa Mayorga Borges

**Pró-reitora adjunta:** Janice Henriques da Silva Amaral

**Faculdade de Educação**

**Diretora:** Daisy Cunha

**Vice-diretor:** Wagner Awarek

**Núcleo de Educação de Jovens e Adultos:**

pesquisa e formação

**Coordenadora:** Analise de Jesus da Silva

**Vice-diretor:** Heli Sabino de Oliveira

**Equipe de Bolsistas Extensionistas**

Ariel Boaz Costa e Silva

Laiz Cristina Silva

Laura Augusta Oliveira Palhares

Marcial de Carvalho Júnior

Matheus Resende Teixeira

Sâmella Silva de Andrade

**EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DE BELO HORIZONTE:  
princípios e concepções . 7**

*Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben*

**COLEÇÃO EJA LENDO MUNDO, LENDO PALAVRAS . 13**

*Heli Sabino de Oliveira*

**APRESENTAÇÃO . 21**

*Heli Sabino de Oliveira*

*Karina Dias Gea*

**1 Covid-19: uma abordagem transdisciplinar e intersetorial . 29**

*Karina Dias Gea*

*Ariel Boaz Costa e Silva*

*Mariete Menezes Amaral Rodrigues*

**1.1 Covid-19: um breve estudo sobre sua origem e modo de propagação . 32**

**1.1.1 Do surto à pandemia . 34**

**1.1.2 Pandemia da covid-19: fatores biológicos e fatores sociais . 35**

**1.1.3 Fatores sociais: globalização e determinantes sociais da saúde . 40**

**1.2 Relato de Experiência - A pandemia e os estudantes periféricos na região  
do Anel Rodoviário: isolamento, cotidiano e desafios . 45**

**1.2.1 Direito ao trabalho e direito à cidade na perspectiva da Saúde  
Pública . 48**

**1.2.2 Condições de vida e de moradia . 51**

**1.2.3 Suporte social e comunitário . 53**

**1.2.4 Política de Assistência Social no contexto de pandemia da  
covid-19 - Prefeitura de Belo Horizonte . 55**

*Adriana Nogueira Araujo*

*Maria do Socorro Lages Figueiredo*

**1.2.5 Ações e equipamentos públicos com prestação de outros serviços  
necessários . 57**

**1.2.6 Acesso a serviços de atenção à saúde . 59**

**1.2.7 Comunicação e fake news . 61**

**1.3 Sequência Didática - Covid-19 . 64**

*Laura A. Oliveira Palhares*

*Sâmella S. de Andrade*

*Laiz Cristina S.*

*Matheus R. Texeira*

**2 ENTRE EPIDEMIAS E PANDEMIAS:  
assim caminha a humanidade . 83**

*Juliana Vieira da Silva*

*Marcial de Carvalho Júnior*

*Mariete Menezes Amaral Rodrigues*

*Ariel Boaz Costa e Silva*

**2.1 Causo Pedagógico - O preconceito nosso de cada aula . 85**

**2.2 Teorização - Epidemias na Antiguidade . 86**

**2.2.1 A peste bubônica na idade Média . 88**

**2.2.2 Epidemias brasileiras no início do século XX . 92**

**2.2.3 A gripe espanhola . 97**

**2.3 Relato de Experiência - Gripe espanhola, meningite e covid-19: as epidemias atingem as classes populares . 104**

**2.4 Sequência Didática - Crises sanitárias . 129**

*Laura A. Oliveira Palhares*

**3 EJA, SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: um diálogo necessário . 125**

*Heli Sabino de Oliveira*

*Joanna Magalhães*

*Adilson dos Reis Nobre*

*Diego de Oliveira*

*Ariel Boaz Costa e Silva*

*Juliana Vieira da Silva*

**3.1 Causo Pedagógico - Dona Valdete, uma liderança popular! . 127**

**3.2 Teorização - Educação popular e suas contribuições para a EJA . 129**

**3.2.1 O Movimento da Reforma Sanitária e o SUS . 132**

**3.2.2 O papel da Educação Popular nesse processo . 135**

**3.2.3 O Sistema Único de Saúde na perspectiva da Educação Popular em Saúde . 136**

**3.3 Relato de Experiência - Trajetórias de saúde em uma turma de EJA . 140**

### **3.4 Sequência Didática - Medicina popular . 143**

*Sílvia Mendes Santiago*

*Adilson dos Reis Nobre*

## **4 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO: ampliando o conceito de saúde . 153**

*Marcial de Carvalho Júnior*

*Karina Dias Gea*

*Diego de Oliveira*

### **4.1 Causo Pedagógico - Será que tem cura? . 154**

### **4.2 Teorização - Afinal, o que é saúde? . 155**

#### **4.2.1 O desenvolvimento da promoção de saúde . 159**

#### **4.2.2 E a prevenção? . 162**

### **4.3 Relato de Experiência - EJA no Centro Nefrológico de Venda Nova . 164**

#### **4.3.1 Relato de Experiência - Agora você é fitness? . 167**

### **4.4 Sequência Didática - Promoção e prevenção . 169**

*Laiz Cristina da Silva*

## **5 NOSSOS CORPOS APRENDENTES . 183**

*Jalmiris Regina Oliveira Reis Simão*

*João Manoel Ferreira Gomes*

### **5.1 Causo Pedagógico- Quando o corpo entra na dança: o caso da zumba . 184**

### **5.2 Teorização - Um convite . 186**

#### **5.2.1 O cotidiano e o currículo da/na EJA . 187**

#### **5.2.2 A EJA como promotora de saúde . 189**

#### **5.2.3 Corpo aprendente e corporeidade . 191**

#### **5.2.4 Disciplinamento dos corpos . 194**

#### **5.2.5 Reflexões finais . 196**

### **5.3 Relato de Experiência - Uma experiência de dançar na EJA . 197**

### **5.4 Sequência Didática - Corpos . 200**

*Sâmella S. de Andrade*

*Laiz Cristina da Silva*

## **6 EJA, LAZER, CORPOREIDADE E SAÚDE . 209**

*Walesson Gomes da Silva*

*Douglas Tomácio*

*Regiane Sabino de Oliveira Lelis*

*Maurício Barbosa*

### **6.1 EJA, lazer e corporeidade . 213**

#### **6.1.1 EJA, lazer e saúde . 217**

#### **6.1.2 Lazer e saúde física . 218**

#### **6.1.3 Lazer e saúde mental . 220**

#### **6.1.4 Lazer, saúde e pandemia . 221**

### **6.2 Relato de Experiência - Um relato de aguçamento dos sentidos . 224**

### **6.3 Sequência Didática - Lazer, educação e saúde . 226**

*Sílvia Mendes Santiago*

*Adilson dos Reis Nobre*

## **ELABORAÇÃO DO CADERNO . 236**



## EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DE BELO HORIZONTE: princípios e concepções

Construir uma Política para a Educação de Jovens e Adultos (EJA) para um município traz um enorme desafio às práticas pedagógicas escolares existentes até hoje.

Em primeiro lugar, porque os sujeitos dessa política – jovens, adultos e idosos - já experimentaram situações que os colocaram vulneráveis ao que já está formalmente organizado ou proposto para o Ensino Fundamental destinado às crianças e aos adolescentes. Isso significa dizer que o desejo por reinventar aquilo já posto e formalmente dado como única alternativa deve ser assumido como uma necessidade, uma obrigação e uma realidade urgente a ser enfrentada, se essa política deseja, realmente, atender esses sujeitos.

Em segundo lugar, porque as propostas de atendimento dos sujeitos da EJA precisam se fundamentar em uma educação com qualidade social, com foco na construção de uma sociedade mais igualitária, mais justa e comprometida com a vida e o bem-estar de todas/os. Isso implica investir na superação das barreiras físicas (visíveis) e simbólicas (invisíveis) que limitam o ingresso e a permanência dos sujeitos que foram excluídos da/na escola em uma modalidade educativa que requer um atendimento específico e diferenciado.

Eis o que diz a esse respeito, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN 9.394/96), no Capítulo II, Seção V, Artigo 37:

Art. 37. A educação de jovens e adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade própria.

& 1º Os sistemas de ensino assegurarão gratuitamente aos jovens e aos adultos, que não puderam efetuar os estudos na idade regular, oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames.

& 2º O poder público viabilizará e estimulará o acesso e a permanência do trabalhador na escola, mediante ações integradas e complementares entre si.

Observe-se que estamos, então, discutindo a construção de **uma política que se revela e se apoia em direitos**, além de necessidades e intenções.

Entretanto, existe uma história nacional na construção de propostas, projetos e programas para o atendimento da EJA no Brasil que não pode ser ignorada. A maioria das iniciativas das políticas de atendimento dessa modalidade educativa acaba se transformando em ações de governos, em vez de uma política de Estado. Tais ações se misturam, via de regra, com justificativas relacionadas a posicionamentos ideológicos, com especificidades próprias de momentos, ou com interesses alheios aos do atendimento à população e ao público foco da educação e dos processos de escolarização.

Outro ponto a ser considerado é que, quando se debruça sobre quem seriam os sujeitos da EJA, verifica-se que a **diversidade de necessidades e demandas** também se apresenta como novas dificuldades à construção da política mais ampla. Algumas/uns adultas/os ou jovens conseguiram seguir o caminho da escola formal por tempos qualificados e algum impedimento pontual os retiraram do rumo; outras/os nunca tiveram a oportunidade de frequentarem a escola por uma história de vida complexa e inexorável; outras/os trazem questões da própria realidade social do país que lhes negou direitos socioculturais importantes para o delineamento do projeto de vida pessoal, e assim vamos construindo uma rede de aspectos e de necessidades educacionais que, necessariamente, deveria fazer parte da construção de uma proposta pedagógica educacional para esse sujeito. Percebe-se que algumas/uns apenas demandam a finalização de seu processo de escolarização, com a certificação formal exigida para o ingresso em algum emprego. Outras/os, ainda, não conseguem se engajar e estar inseridas/os, de forma plena, na sociedade porque não adquiriram os mecanismos dos processos de leitura e escrita, e isso lhes dificulta a aquisição de autonomias simples, como a capacidade de orientação, por exemplo, por placas de sinalização, nos ambientes sociais. Outras/os, por sua vez, precisam de uma formação sociocultural para o entendimento do contexto em que vivem, entendendo as regras e os jogos da vida na cidade, no trabalho, na família e no mundo. E, neste contexto, os desafios de que falei no primeiro parágrafo se concretizam e colorem a necessidade de investimentos criativos, inovadores e realmente diferentes do que o já dado e apresentado pelos sistemas de ensino. E mais, não se pode pensar em um único modelo de proposta pedagógica. Precisamos de propostas, de possibilidades capazes de atender e dialogar com esse público diverso, porque são pessoas que já sabem do que precisam. Já delinearam projetos de vida e foram frustradas nessa caminhada. Já entendem que o jogo social exige delas algo que não têm e que, por isso, estão buscando na escola. Existe uma urgência nessa oferta.

Mas, qual desenho de organização de escola? Aquele que (os) as expulsou um dia? Aquela escola que um dia fez parte dos sonhos de criança,

mas que não tiveram condições de viver na infância? Aquela escola que pode lhes oferecer objetos de conhecimento capazes de (os) as habilitar a frequentar os ambientes sem precisar dos outros? Que escola desejam? Que conhecimento escolar desejam? Que professora/or desejam?

Como gestora, tenho vivido uma questão importante que precisa ser exposta porque são empecilhos à construção de uma política educacional de verdade. Refiro-me ao fato de **os sujeitos da EJA serem, não raro, confundidos com um público que necessita apenas de atendimento de natureza assistencial, assim como o público da Educação Infantil na faixa de 0 a 3 anos**. Muitas vezes essas duas faixas etárias são consideradas à margem da importante tarefa de escolarizar ou de participarem de processos intencionais de desenvolvimento educacional. A percepção equivocada das pessoas localiza esses dois públicos como apêndices da Educação e são situados como públicos da assistência social. No caso das crianças pequenas, muitas políticas pensam apenas que elas precisam estar em instituições para que suas mães possam trabalhar e, no caso das/os adultas/os, consideram que essas pessoas vão à escola apenas para realizarem processos de socialização. É provável que esses dois públicos necessitem também de apoio de outras políticas e até mesmo é possível que, no público da EJA, encontremos muitas mães das crianças pequenas das creches, mas são duas políticas de naturezas diversas, embora muito importantes.

Nós estamos em busca de uma ação capaz de situar a escola com uma missão, uma intencionalidade e uma obrigação social, vinculada ao **processo de desenvolvimento dos sujeitos, em todos os âmbitos, e de atendimento em seus direitos de aprendizagem**. Construir uma política de educação para qualquer etapa e modalidade exige pensar em objetos de conhecimento ou conteúdos essenciais a serem trabalhados, em habilidades e competências fundamentais para a inserção sociocultural dos sujeitos em foco.

Sabedora da relevância da EJA na cidade de Belo Horizonte, iniciei minha gestão criando a Gerência de Educação de Jovens e Adultos. Além disso, decidi, depois de ouvir professoras/es e gestoras/es, investir na criação da linha de Educação de Jovens e Adultos, na sétima edição do LASEB (Especialização Lato Sensu em Educação Básica).

Foi nessa linha de desafios concretos que apresentei uma proposta de parceria a algumas/uns pesquisadoras/es da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para entabularmos uma discussão fundamentada sobre princípios e práticas capazes de orientar a construção de uma verdadeira Política de Educação de Jovens Adultos para Belo Horizonte, que atendes-se ao seu público naquilo que ele precisa, necessita e pede insistentemen-

te. Gostaríamos de criar uma política que focalizasse os diferentes públicos e os atendesse realmente. Complexo trabalho, mas bastante instigante.

O projeto de extensão “Curso de Formação Continuada em Produção de Materiais Didáticos para Educação de Jovens e Adultos” evidencia o caráter intencional e planejado que caracteriza qualquer educação formal a que me referi no início desta apresentação. Além disso, a **EJA é tratada em seus aspectos pedagógicos, educativos, e não assistenciais**. A professora e o professor não são, nesse processo, vistos como transmissores de informação e conhecimento, nem alguém cuja função se restringe apenas à socialização. Tomando a concepção da pedagogia de projeto como referência, o material se apoia em temáticas que dialogam com a formação da vida adulta, buscando, por meio de situações desafiadoras, instigar a curiosidade e a resolução de problemas. Além disso, a relação com o saber não é pensada dissociada da vida e do contexto em que o conhecimento foi produzido. Trata-se, pois, de uma proposta pedagógica que visa criar um ambiente em que a aprendizagem tenha significado e sentido para as/os estudantes da EJA.

Tenho dito, como professora de Didática, que temos de nos inspirar nos princípios de Comenius, o qual sustenta que a educação escolar tem que ensinar tudo e a todos. Isso ocorrerá, no entanto, por meio de uma pedagogia ativa e diferenciada, que tenha as/os estudantes da EJA como protagonistas na relação com o saber e com os processos de aprendizagem.

Isso tudo precisa ser, no entanto, articulado a uma política educacional da EJA em nossa cidade que tenha como foco um atendimento com possibilidades de universalidade, daí a importância de construção de eixos e normas para a definição das políticas. Assim, temos que nos debruçar sobre algumas indagações: quem será a/o educadora/or/professora/or, onde, quando, com quais condições e com quais recursos?

Fomos todos, entretanto, atropelados pela pandemia em plena execução e possibilidades de realização deste trabalho, mas produtos foram possíveis de serem finalizados para, a partir de então, ajustarem-se à contínua reflexão sobre os princípios dessa tão almejada concretização da Política para a Educação de Jovens e Adultos para a cidade de Belo Horizonte.

Agradeço, aqui, o empenho deste tão qualificado grupo, que se debruçou na elaboração e escrita desta coleção: professoras/es experientes que estão ou já estiveram diante de turmas da EJA em sala de aula, coordenadas/os por acadêmicos que também viveram a mesma experiência. Foi uma honra tê-las/os conosco neste desafio. Sabemos que é só um começo, mas um bom começo pode significar uma jornada de sucesso.

É este o nosso desejo: o sucesso do processo de escolarização das/os nossas/os jovens e adultas/os que procuram a escola como um espaço capaz de lhes favorecer algo de bom na vida.

Boas leituras!

*Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben*

Secretária Municipal de Educação de Belo Horizonte



## COLEÇÃO EJA LENDO MUNDO, LENDO PALAVRAS

*Caras professoras, caros professores,*

É com grande alegria e muita satisfação que lhes apresento a coleção EJA “Lendo Mundo, Lendo Palavras”, escrita por 30 professoras/es da Educação de Jovens e Adultos (EJA) da Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte (RME/BH), sete estudantes de licenciaturas da Universidade Federal de Minas Gerais e sete professoras/es universitários das universidades federais de Minas Gerais e de Goiás e da Universidade do Estado de Minas Gerais.

Tudo começou quando, em meados de 2018, um grupo de professoras/es da EJA, na RME/BH, integrou-se ao projeto de extensão “Curso de Formação Continuada em Produção de Cadernos Pedagógicos para Educação de Jovens e Adultos (EJA)”, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Inspirado em uma perspectiva segundo a qual a leitura do mundo antecede a leitura da palavra, o projeto em questão buscava, por um lado, revitalizar a EJA, valorizando saberes e práticas docentes que colocam em relevo os sujeitos e suas demandas de aprendizagem e, por outro lado, procurava instigar o estudo, a pesquisa e, principalmente, a inovação pedagógica na Educação de Jovens e Adultos, tendo como objetivo central a elaboração de Cadernos Pedagógicos pelas/os e para as/os profissionais docentes que atuam nessa modalidade educativa.

Em certo sentido, podemos dizer que se tratava, antes de tudo, de um projeto contra-hegemônico no campo educacional brasileiro. Isso porque assistimos, na última década, a uma crescente afirmação de políticas que estimulam o consumo de apostilas e cadernos produzidos por grupos alheios ao cotidiano escolar e editoras que investem vultosos recursos em materiais didáticos (CASSIANO, 2005), uma vez que o mercado de produção de livros didáticos conta com o maior consumidor do planeta, como descreve Schlesener (2007).

O projeto “Curso de Formação Continuada em Produção de Cadernos Pedagógicos para EJA” caminhava, todavia, em sentido oposto, por três razões, a saber: em primeiro lugar, porque tomava as/os professoras/es que atuam na EJA como protagonistas de suas formações e de suas práticas, os saberes e experiências docentes constituíram a matéria-prima dos Cadernos Pedagógicos às/aos professoras/es e não a grupos de “especialistas” que, via de regra, encontram-se distantes do “chão da escola”, do fazer pedagógico e de seus desafios cotidianos, como ocorre,

não raro, na Educação de Jovens e Adultos, segundo Alves (2019); em terceiro lugar, porque se tratava de um trabalho artesanal, envolvendo poucos recursos e, por conseguinte, sem um projeto de editoração atraente ou de apelo comercial capaz de suscitar o desejo de leitura apenas pelos aspectos gráficos do material.

A despeito disso, o projeto de extensão “Curso de Formação Continuada em Produção de Cadernos Pedagógicos para Educação de Jovens e Adultos (EJA)” contou com a participação ativa e com a riqueza de experiências trazidas pelas/os estudantes de licenciaturas e por professoras/es da Educação Básica e do Ensino Superior.

Cumprido destacar que não se trata de produção de materiais didáticos, com textos e atividades que possam ser transportados mecanicamente para a sala de aula. Trata-se de um kit com oito Cadernos Pedagógicos que aposta, antes de tudo, na criatividade da professora e do professor, em sua autonomia docente e em sua capacidade de tomar decisões que melhor atendam às demandas de aprendizagem das/os estudantes em sala de aula. Os Cadernos, além de uma abordagem teórico-conceitual, destacam as possibilidades educativas de cada tema, bem como apresentam sugestões de livros, sites e vídeos que permitem aprofundar o debate.

Os Cadernos Pedagógicos desta coleção possuem pelo menos duas idiosincrasias:

- 1) cada Caderno está dividido em três ou seis capítulos, subdividindo-se, cada qual, em quatro seções;
- 2) cada seção possui uma particularidade, pois é escrita por meio de quatro tipos de narrativas distintas: a) um “Causo Pedagógico”, ou seja, uma crônica que abre o capítulo, por meio de uma situação-problema; b) uma “Escrita Acadêmica”, que busca sistematizar e aprofundar os principais conceitos e categorias desenvolvidos no capítulo; c) um “Relato de Experiência”, escrito por um/a educador/a ou por jovens extensionistas, estudantes de cursos de licenciaturas da UFMG que participaram do projeto “Curso de Formação Continuada em Produção de Cadernos Pedagógicos para Educação de Jovens e Adultos (EJA)”; e d) uma “Sequência Didática”, com sugestões de atividades para serem desenvolvidas em sala de aula.

Os quatro gêneros textuais que estruturam estes Cadernos Pedagógicos buscam, cada qual a seu modo, suscitar nos leitores três sentimentos distintos e complementares: espanto, admiração e dúvida. O intuito dessas narrativas é criar situações que despertem na/o professora/or da EJA o desejo de aprofundar-se em estudos que se relacionam com as temáticas abordadas.



O “Causo Pedagógico” apresenta-se como um detonador da discussão de cada capítulo. Sua função é provocar o pensamento, por meio de uma situação que gere desconforto no leitor. Para tanto, a narrativa do “Causo Pedagógico” apoia-se em uma situação vivida no contexto escolar, em uma turma de Educação de Jovens e Adultos. O cotidiano da EJA é, assim, tomado como fonte geradora de temas a serem trabalhados pedagogicamente. De certa forma, podemos dizer que o princípio educativo que organizou a elaboração dos “causos” está ligado ao pressuposto pedagógico que sustenta que “o que não é problemático não é pensado”. Para Rubem Alves, uma das razões do fracasso nos estabelecimentos educacionais decorre do fato de os professores insistirem em ensinar sobre questões que nunca incomodaram as/os estudantes.

O que não é problemático não é pensado. Você nem sabe que tem fígado até o momento em que ele funciona mal. Você nem sabe que tem coração até que ele dá umas batidas diferentes. Você nem toma consciência do sapato, até que uma pedrinha entra lá dentro. Quando está escrevendo, você se esquece da ponta do lápis até que ela quebra. Você não sabe que tem olhos – o que significa que ele vai muito bem. Você toma consciência dos olhos quando eles começam a funcionar mal. Da mesma forma que você toma consciência do ar que respira, até que ele começa a feder... Fernando Pessoa diz que “pensamento é doença dos olhos”. É verdade, mas nem toda. O mais certo seria “pensamento é doença do corpo” (ALVES, 1983, p. 23).

Em outras palavras, a intenção do “Causo Pedagógico” é causar certo desconforto no leitor, produzir um sentimento de perplexidade, de espanto em face de uma situação naturalizada pelas práticas sociais.

As “Escritas Acadêmicas”, que sucedem os “Causos Pedagógicos”, buscam, notadamente, produzir no leitor admiração. Como se sabe, tal sentimento é, do ponto de vista filosófico, fonte inicial de questionamento e tomada de consciência da incompletude e ignorância do ser. “No comportamento admirativo o homem (*sic*) toma consciência de sua própria ignorância, tal consciência leva-o a interrogar o que ignora, até atingir a supressão da ignorância, isto é, o conhecimento” (BORNHEIM, 2009, p.10). As “Escritas Acadêmicas” notabilizam-se, assim, pela densidade textual, pela capacidade de complexificação do objeto de estudo, bem como pela capacidade de produzir estranhamento sobre aquilo que é visto como familiar e de gerar um sentimento de familiarização com aquilo que é considerado estranho. Com efeito, esta seção possui como principal função tanto sistematizar conceitos e categorias, aprofundando questões suscitadas pelo

“Causo Pedagógico” apresentado na seção anterior, quanto tornar visível o invisível, destruindo, portanto, a ilusão de transparência do mundo social.

Já os “Relatos de Experiências” constituem narrativas pessoais, descritas por professoras/es de EJA e jovens extensionistas, estudantes de cursos de licenciatura da UFMG que participaram do projeto. Não se trata, no entanto, de um mero relatório descritivo, cujo intuito único seja sistematizar o que acontece, o que se passa e o que se toca no cotidiano da Educação de Jovens e Adultos da Rede Municipal de Belo Horizonte. O intuito do relato não é, também, transmitir informações e dados referentes a essa modalidade educativa. O relato visa, acima de tudo, destacar o que foi experimentado pelos que participaram das atividades pedagógicas de EJA. Trata-se, pois, de um relato de experiência, na perspectiva assinalada por Larrosa (2002). Tal exercício, porém, não é uma tarefa fácil, porque implica em se despir de informação; e de opinião e superar a falta de tempo e o excesso de trabalho, elementos próprios da modernidade.

A experiência é o que nos passa o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça. Walter Benjamin, em um texto célebre, já observava a pobreza de experiências que caracteriza o nosso mundo. Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara. Em primeiro lugar, pelo excesso de informação. A informação não é experiência. E mais, a informação não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma antiexperiência. Por isso a ênfase contemporânea na informação, em estar informados, e toda a retórica destinada a constituir-nos como sujeitos informantes e informados; a informação não faz outra coisa que cancelar nossas possibilidades de experiência (LARROSA, 2002, p. 21).

Talvez, seja o excesso de opinião, segundo aspecto que rouba das pessoas a oportunidade de experimentar algo, um dos grandes desafios que professoras/es e extensionistas teriam que buscar superar para participar de atividades nas turmas da EJA. Em nosso dia a dia, vemos, mas não notamos; ouvimos, mas não escutamos. Desenvolver as capacidades sensíveis de notar e escutar é fundamental para vivenciar uma experiência genuína na modalidade Educação de Jovens e Adultos.

O sujeito moderno é um sujeito informado que, além disso, opina. É alguém que tem uma opinião supostamente pessoal e supostamente própria e, às vezes, supostamente crítica sobre

tudo o que se passa, sobre tudo aquilo de que tem informação. Para nós, a opinião, como a informação, converteu-se em um imperativo. Em nossa arrogância, passamos a vida opinando sobre qualquer coisa sobre que nos sentimos informados (LARROSA, 2002, p. 22).

O terceiro aspecto, a falta de tempo, é outra marca distintiva dos sujeitos modernos. Professoras/es e estudantes de licenciaturas têm uma rotina sobrecarregada de atividades, com agendas e compromissos inadiáveis. Como fazer, nessas condições, das vivências na EJA algo significativo, carregado de sentido e de valor? Desde o início do projeto, professoras/es e extensionistas tinham em mente que este era outro desafio que teriam que enfrentar para dar conta de experimentar as atividades a serem relatadas.

Tudo o que se passa, passa demasiadamente depressa, cada vez mais depressa. E com isso se reduz o estímulo fugaz e instantâneo, imediatamente substituído por outro estímulo ou por outra excitação igualmente fugaz e efêmera. O acontecimento nos é dado na forma de choque, do estímulo, da sensação pura, na forma da vivência instantânea, pontual e fragmentada. A velocidade com que nos são dados os acontecimentos e a obsessão pela novidade, pelo novo, que caracteriza o mundo moderno, impedem a conexão significativa entre acontecimentos. Impedem também a memória, já que cada acontecimento é imediatamente substituído por outro que igualmente nos excita por um momento, mas sem deixar qualquer vestígio (LARROSA, 2002, p. 23).

Ademais, professoras/es e extensionistas teriam que lidar com o excesso de trabalho. Tanto um quanto o outro são marcados pela intensificação e autointensificação de atividades intelectuais e por outras atividades que requerem desprendimento de energias físicas e emocionais.

O sujeito moderno, além de ser um sujeito informado que opina, além de estar permanentemente agitado e em movimento, é um ser que trabalha, quer dizer, que pretende conformar o mundo, tanto o mundo “natural” quanto o mundo “social” e “humano”, tanto a “natureza externa” quanto a “natureza interna”, segundo seu saber, seu poder e sua vontade. O trabalho é esta atividade que deriva desta pretensão. O sujeito moderno é animado por portentosa mescla de otimismo, de progressismo e de agressividade: crê que pode fazer tudo o que se propõe (e se hoje não pode, algum dia poderá) e para isso não duvida em destruir tudo o que percebe como um obstáculo à sua onipotência. O sujeito moderno se relaciona com o acontecimento do ponto de vista da ação (LARROSA, 2002, p. 24).

Um dos desafios do projeto era, assim, lidar com aspectos que destroem a experiência (excesso de informação, opinião, escassez de tempo e excesso de trabalho). Em seu lugar, o projeto pretendia fazer erigir um sujeito de experiência que se interrogasse, que fosse capaz de construir empatias com os estudantes da EJA, compreendidos como sujeitos históricos, de saberes e de memória.

O sujeito da experiência (...) é um sujeito alcançado, tombado, derrubado. Não um sujeito que permanece sempre em pé, ereto, erguido e seguro de si mesmo; não um sujeito que alcança aquilo que se propõe ou que se apodera daquilo que quer; não um sujeito definido por seus sucessos ou por seus poderes, mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera. Em contrapartida, o sujeito da experiência é também um sujeito sofredor, padecente, receptivo, aceitante, interpelado, submetido. Seu contrário, o sujeito incapaz de experiência, seria um sujeito firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade (LARROSA, 2002, p. 25).

Por fim, os Cadernos Pedagógicos encerram cada capítulo com sugestões de sequências didáticas. Aqui, teoria e prática são vistas como dimensões indissociadas, parte constitutiva da ação/reflexão/ação. Como sustenta Paulo Freire, a teoria sem a prática é verbalismo e a prática sem a teoria é ativismo (FREIRE, 1995).

Tais sequências didáticas foram elaboradas com os seguintes princípios, a saber:

a) A elaboração de uma sequência didática precisa estar ancorada no diálogo e na problematização. Os encontros pedagógicos são, nessas perspectivas, guiados por perguntas desestabilizadoras, que despertam curiosidades e que provocam novos desafios às educandas e aos educandos.

b) A/O educadora/or não é visto como facilitador do processo pedagógico, cuja principal tarefa é transferência de conhecimentos. Acredita-se, subjacente à concepção de transferência de conteúdo, celebrada pelos modismos pedagógicos, na noção de que conhecimento é uma coisa ou abstração, com vida própria, sem conexão com o indivíduo e a sociedade. Todavia, o conhecimento não é, nessa perspectiva, uma entidade autônoma e neutra, nem um elemento reificado da cultura e da sociedade. Por isso, em vez de ser

definido como facilitadora/or, a/o professora/or, nessa perspectiva, é tratada/o como uma/um desafiadora/or pedagógico.

c) Compreende-se o conhecimento como construção social, fruto de relações de poder. Com efeito, não se trata apenas de uma construção técnica, guiada por princípios epistemológicos e regras metodológicas. Assim, o processo de construção de conhecimento interroga experiências e saberes prévios das/os estudantes.

d) Uma sequência pedagógica precisa, assim, ser pensada com e nunca para as/os educandas/os. Quando isso não ocorre, a violência simbólica, resultado de uma educação bancária, instaura-se, impedindo que os conhecimentos e as experiências discentes emergjam no contexto escolar.

Cumpra sublinhar que os quatro tipos textuais que compõem a estrutura destes Cadernos procuram indagar sobre a vida, sobre os sujeitos, suas histórias, suas culturas e suas experiências. De certa forma, representam uma educação que provoca os sujeitos. Nas palavras de Cortella (2014, p.17), “se a Educação não for provocativa, não se constrói. Não se inventa. Só se repete”.

Uma advertência: antes de iniciar a leitura, a/o leitora/or deve ter em mente dois pontos, o primeiro tem a ver com o escopo desta coleção, que não possui a pretensão de esgotar nenhum assunto nela abordado. O objetivo central dos Cadernos Pedagógicos é introduzir as/os profissionais docentes em uma discussão temática e curricular que lhes possibilitem estranhar propostas prontas, que desconsiderem experiências, saberes e cultura das/os educandas/os da EJA. O segundo ponto diz respeito à possibilidade de reinvenção do fazer pedagógico, por meio de uma atuação pautada pelos princípios de uma educação emancipatória, contribuindo, assim, para uma nova forma de pensar e agir na Educação de Jovens e Adultos.

Uma constatação: esta coleção celebra, sob muitos aspectos, os ideais de Paulo Freire, que propunha que a leitura da palavra não pode ser dissociada da leitura de mundo. Dessa forma, este trabalho pretende se constituir em uma proposta pedagógica transformadora e cidadã, colocando em xeque hierarquias e interesses que sustentam injustiças e desigualdades sociais.

Boa leitura!

*Heli Sabino de Oliveira*

## Referências

ALVES, Marcos Evangelista. **Livro Didático na Educação de Jovens e Adultos**: um estudo sobre a Coleção EJA Moderna. Dissertação. (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ALVES, Rubem. **Filosofia da Ciência**: Introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Brasiliense, 1983.

BORNHEIM, Gerd. **Introdução ao filosofar**: o pensamento filosófico em bases existenciais. Porto Alegre: Editora Globo, 2001.

CASSIANO, Célia Cristina de Figueiredo. **Reconfiguração do mercado editorial brasileiro de livros didáticos no início do século XXI**: história das principais editoras e suas práticas comerciais. Em *Questão*. Porto Alegre, v.11, p. 281-312, jul./dez. 2005.

CORTELLA, Mário Sérgio. **Educação, escola e docência**: novos tempos, novas atitudes. São Paulo: Cortez, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

LARROSA, Jorge. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. *Rev. Bras. Educ.* [online], 2002, n.19, p. 20-28.

SCHLESENER, Anita Helena; PANSARDI, Marcos Vinicius. **Políticas Públicas e Gestão da Educação**. Curitiba: UTP, 2007.

*Caras professoras, caros professores,*

Este Caderno, que integra a coleção Lendo Mundo, Lendo Palavras, possui uma particularidade: sua escrita ocorreu entre os meses de junho e julho de 2020, em um contexto de isolamento social decorrente do avanço da pandemia gerada pela proliferação da covid-19 no Brasil. Não fossem as profundas alterações no escopo deste trabalho, tal informação poderia ser lida apenas como uma curiosidade, como algo à parte, sem nenhum nexo com o conteúdo propriamente dito deste material.

No entanto, não foi isso que aconteceu. O Caderno que ora apresentamos pretendia, inicialmente, abordar a estreita relação entre saúde e corporeidade na EJA, na perspectiva da Educação Popular. Assim, os capítulos que haviam sido pensados, até então, buscavam, por um lado, compreender a EJA como uma modalidade potencialmente promotora de bem-estar físico, social e mental e de prevenção contra doenças; por outro lado, procuravam problematizar as formas pelas quais os estabelecimentos educativos pensam, via de regra, os corpos dos sujeitos da Educação de Jovens e Adultos. Assim, o intuito principal deste Caderno era integrar corpos e mentes, com enfoque na formação integral dos sujeitos da EJA.

Com suporte das/os jovens estudantes de cursos de licenciaturas da UFMG, a equipe de profissionais docentes conseguiu, entre agosto de 2018 e dezembro de 2020, juntar fartos relatos de experiências e situações-problema sobre as temáticas que se pretendiam abordar. Além disso, houve uma robusta seleção de bibliografia que trata da questão da saúde e da corporeidade, na perspectiva da Educação Popular.

Assim, quando os trabalhos já se encontravam em uma fase bastante avançada, tiveram que ser interrompidos abruptamente, pela eclosão da pandemia da covid-19. O novo contexto impôs, não sem tensões e conflitos, uma nova forma de organização das atividades do grupo de professoras/es e extensionistas. Nesse processo, a transferência das atividades para o segundo semestre de 2020 foi a primeira decisão dos sujeitos envolvidos na elaboração deste material. Supunha-se que, até o início de agosto, a vida teria voltado ao normal, com retomada das atividades diárias. Porém, em meados do mês de abril, pôde-se constatar que a situação era bem mais grave do que se imaginava, *a priori*. Dessa forma, com o aprofundamento da crise sanitária, a coordenação geral do projeto de extensão decidiu retomar os trabalhos no mês de junho. Em vez de encontros presenciais, nas sextas-feiras à noite, na Faculdade de Educação da UFMG, a equipe passou a trabalhar de forma remota, valendo-se das plataformas digitais que permitem a realização de reuniões virtuais.



No entanto, não havia como retomar o trabalho interrompido a partir do ponto em que ele tinha sido encerrado. Afinal de contas, um caderno que se propunha a abordar saúde e corporeidade na EJA não poderia mostrar-se indiferente ao contexto de isolamento social, com fechamento de escolas e pontos comerciais. Dessa maneira, os materiais já selecionados (Causos Pedagógicos, Relatos de Experiências) e os capítulos esboçados precisavam ser revistos, pois não possuíam nenhuma relação com o contexto de pandemia. Portanto, a primeira questão a ser resolvida era decidir não somente como inserir a temática da covid-19 no Caderno, mas também sob quais enfoques e perspectivas.

Inspirado na obra “Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento”, do pensador francês Edgar Morin (2015), o grupo decidiu, dada a complexidade do objeto de estudo, pensar a covid-19 a partir de abordagens multidimensionais e transdisciplinares. Assim, em vez de um tratamento disciplinar, com foco apenas nas ciências biológicas, a equipe de profissionais docentes buscou examinar a covid-19 a partir de uma perspectiva integrada a outros campos de estudos.

Conquanto concorde sobre a importância da especialização disciplinar, Morin (2015) nos adverte sobre seus perigos e riscos. Em primeiro lugar, porque, além de fragmentar o todo em parcelas, a hiperespecialização impede que o global seja visto. Como a junção da soma das partes não permite que se compreenda a complexidade de um determinado saber, o autor defende uma visão holística do conhecimento. Em segundo lugar, porque em uma abordagem estritamente disciplinar, o essencial fica de fora. Em suma, a fragmentação do saber é um dos efeitos da especialização, que consiste em saber mais, de cada vez menos. No processo de escolarização, tal concepção produz, para o autor, cabeças bem cheias, mas não cabeças bem feitas.

Uma cabeça bem feita é uma cabeça apta a organizar os conhecimentos e, com isso, evitar sua acumulação estéril. Todo conhecimento constitui, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução, a partir de sinais, signos, símbolos, sob a forma de representações, ideias, teorias, discursos. A organização dos conhecimentos é realizada em função de princípio e regras (...); comporta operações de ligação (conjunção, inclusão, implicação) e de separação (diferenciação, oposição, seleção e exclusão). O processo é circular, passando da separação à ligação, da ligação à separação e, além da análise à síntese, da síntese à análise. Ou seja, o conhecimento comporta ligação e separação, análise e síntese (MORIN, 2015, p. 24).



Assim, as seções do Caderno que tratam da covid-19 foram pensadas não somente para elevar o nível de informação dos profissionais da educação da Rede Municipal de Belo Horizonte, mas, principalmente, para organizar a compreensão do todo. O ponto de partida foi o alinhamento de algumas informações básicas acerca da pandemia da covid-19, distinguindo terminologias como surto, endemia, epidemia e pandemia. Nesse processo, buscou-se realizar uma breve síntese sobre a descoberta do coronavírus e suas mutações, bem como definir os critérios adotados pelas ciências biológicas para diferenciar um vírus de uma bactéria. No entanto, para demonstrar que os estudos sobre a covid-19 não podem se encerrar no campo das ciências biológicas, o material articulou as particularidades da atual pandemia com os processos de globalização da economia e as estruturas seletivas e excludentes das cidades brasileiras.

Procurou-se, dessa forma, não reduzir o capítulo referente à covid-19 a um conjunto de informações. Isso porque avaliamos que, atualmente, já estamos expostos a um excesso de informação (algumas essenciais, outras falsas e distorcidas) sobre a covid-19.

Conhecer comporta “informação”, ou seja, possibilidade de responder a incertezas, mas o conhecimento não se reduz a informações, ele precisa de estruturas teóricas para dar sentido as informações; percebemos, então, que, se tivermos muitas informações e estruturas mentais insuficientes, o excesso de informações mergulha-nos numa “nuvem de desconhecimentos”, o que acontece frequentemente, por exemplo, quando lemos jornais ou escutamos rádio (MORIN, 2014, 98).

Dessa forma, para dar inteligibilidade às informações sobre a covid-19, procuramos articular os dados e fatos referentes a essa pandemia com uma estrutura teórica que torna possível pensar a dinâmica do mundo do trabalho, a globalização e as cidades, tendo em vista o atual contexto. Com efeito, o direito à cidade, na perspectiva da Saúde Pública, constituiu-se como eixo norteador da abordagem e do enfoque de nosso trabalho. Como se sabe, nos Cadernos 1 e 2 desta coleção, o direito à cidade foi tratado na perspectiva da mobilidade urbana, tendo como base os estudos do pensador francês Henry Lefebvre (1969), que denunciou o processo de exclusão de determinados grupos sociais que têm, nos espaços urbanos, seus direitos a moradia, saúde, educação, cultura e lazer negados, em decorrência das chamadas barreiras visíveis e invisíveis, físicas e simbólicas.

Este Caderno retoma esse conceito sob outras bases. Aqui, o direito à cidade foi pensado sob a perspectiva da Saúde Pública. Isso se deve ao fato de a concentração do número de pessoas infectadas pelo novo coronavírus

incidir sobre áreas periféricas, em locais em que não há condições para a realização de um isolamento social adequado.

Cumprir destacar que as bases epistemológicas do direito à cidade na perspectiva da Saúde Pública têm suas origens no campo da arquitetura, do urbanismo e da engenharia civil e não campo das ciências médicas. Como destaca Sennet (2018), a construção das cidades modernas esteve associada à questão da saúde. O autor nos lembra que a chamada peste negra, (termo que será problematizado no segundo capítulo deste Caderno) dizimou um terço da população da Europa. Tal enfermidade proliferou-se porque as cidades tornaram-se, do ponto de vista demográfico, densas e, portanto, mais cheias de excrementos e urina, transformando-se em terrenos férteis para a proliferação de ratos e doenças.

Quando um recém-nascido chegava a sobreviver (um feito e tanto nessa época de obstetrícia primitiva), podia ter pela frente a morte por disenteria, causada pela água suja. O crescimento populacional também significava maior quantidade de casas; mais casas representava mais chaminés poluindo o ar, um ar fétido que criava condições para tuberculose. Os primeiros urbanistas que tentaram enfrentar decididamente essas condições eram antes engenheiros que médicos. A engenharia civil não é uma atividade considerada particularmente glamorosa, mas os engenheiros tornaram-se figuras heróicas (...), pois lidavam com questões de saúde pública na cidade de maneira mais proativa que os médicos, que não tinham verdadeiramente ideia sobre como prevenir a tuberculose ou as causas da peste (SENNET, 2018, p. 33).

O autor destaca que as ciências médicas europeias também não tinham, no século XIX, conhecimento adequado para enfrentar as epidemias de cólera. Pensava-se que a doença era transmitida pelo ar e não pela água.

Assim, durante a epidemia de 1832, muitos parisienses tentavam se proteger da praga que assolava a cidade cobrindo a boca com lenços brancos quando falavam com outras pessoas – e a cor branca parecia particularmente como escudo. Os engenheiros civis se tornavam os artesãos da cidade moderna, buscando melhorar a qualidade da vida urbana mediante experiências técnicas. As ruas varridas pela peste os levavam a pensar e repensar a fabricação de materiais usados na construção. A pavimentação das ruas por pedras lisas, necessárias para limpar eficazmente os excrementos de cavalos, foi experimentada pela primeira vez na região das praças londrina de

Bloomsbury, no século XVIII, mas só se generalizou a partir de aproximadamente 1800, quando se tornou possível a produção industrial de pedra talhada (SENNET, 2018, p. 34).

Assim, a questão do direito à cidade na perspectiva da Saúde Pública constitui-se em uma abordagem fundamental em contextos de epidemias e de pandemias e precisa ser considerada, principalmente quando temos em mente a evolução da doença na cidade de Belo Horizonte. De acordo com o Observatório de Saúde Urbana (OSU), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com base nos dados enviados semanalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, a evolução do número de pessoas contaminadas pelo coronavírus tem uma geografia. No início do mês de julho, as maiores taxas de incidência ocorreram em áreas periféricas, marcadas pela segregação social.

O estudo cita o Alto Vera Cruz, na região Leste, o Aglomerado da Serra e a Barragem Santa Lúcia, na Centro-Sul, a Pedreira Prado Lopes e o Senhor dos Passos, na região Noroeste, e bairros no entorno dessas duas últimas, como São Cristóvão, Lagoinha e Santo André, como pontos importantes dessa concentração. As vizinhanças das vilas e favelas, ainda que em menor grau, também apresentam alta concentração de casos graves hospitalizados (MATEUS, 2020, n.p.).

Observe-se que as áreas citadas na reportagem integram, em parte, os territórios onde residem os sujeitos da EJA. Assim, a retomada do processo de escolarização não pode ocorrer sem o devido acolhimento desses estudantes.

Cabe sublinhar, ainda, que o enfoque no direito à cidade, na perspectiva da Saúde Pública, não pode ser pensado sem considerar as grandes transformações pelas quais o mundo do trabalho vem passando, nas últimas décadas, tal como destacado no capítulo 3 do Caderno “EJA e Mundo do Trabalho”, nem separado de um contexto marcado pela interconexão entre as pessoas, em decorrência da sociedade de rede, tal como descrita por Castells (1999). É fundamental levar em conta os desafios impostos pela sociedade de rede. Nesse sentido, compreender como se dá a proliferação de notícias falsas e como identificá-las é um dos enfoques deste material.

O segundo eixo sobre o qual se apoia o Caderno “Saúde e Corporeidade” tem como foco a reforma sanitária da década de 1970 e a construção do Sistema Único de Saúde, em 1988.

Inspirado em Paulo Freire, o movimento de Reforma Sanitária questionava o caráter excludente e desumanizante da saúde brasileira, que segregava

parcela da população do acesso à saúde, sob a alegação de que esse grupo não era contribuinte do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Além disso, o usuário era descrito como um doente e não como um sujeito que questionava e refletia sobre suas condições físicas e mentais. O termo paciente é a parte mais visível desse processo, pois ignora a relação ativa que as camadas populares possuem com a saúde, adotando, não raro, formas de tratamentos alternativos, tais como ervas, benzeções, garrafas, preces e orações. Assim, o usuário do sistema de saúde precisa ser visto, antes de tudo, como um sujeito que pensa sobre seu corpo e sobre seu estado de saúde. Em outras palavras, a Reforma Sanitária defendia uma prática de saúde humanizada e dialógica, que tomava como centro da abordagem médica, os sujeitos e suas relações sociais.

De certa forma, os princípios da Educação Popular orientaram a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, após intensos debates e manifestações por uma saúde pública gratuita e universal. O SUS, com os princípios de universalidade, equidade, integralidade, fortaleceu, assim, a concepção de saúde como um direito social. Consequentemente, o acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS), às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e aos hospitais públicos deixaram de ser um privilégio dos contribuintes da previdência social para se tornarem um direito universal.

Este Caderno apresenta o SUS como conquista da população brasileira, valorizando sua importância estratégica no processo de democratização da saúde. Trata-se de um modelo descentralizado, com grande capilaridade no território brasileiro. A Atenção Primária de Saúde busca a promoção e a proteção à saúde, bem como prevenção e agravos de doenças crônicas. As/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) procuram individualizar o processo de atendimento das famílias, tendo como referência o território onde elas vivem.

Em um momento em que ocorre a retomada do trabalho remoto, em que se torna necessário restabelecer contato com os estudantes da Educação de Jovens e Adultos, talvez uma estratégia interessante seja o diálogo com as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde que trabalham no território em que a escola está inserida.

O terceiro eixo sobre o qual se apoia o Caderno “Saúde e Corporeidade”, na perspectiva da Educação Popular, é a compreensão de que o espaço escolar poder ser local de promoção à saúde e prevenção de doenças. Para tanto, o conceito de saúde precisa ser problematizado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é apenas a ausência de doença, mas o **pleno** bem-estar físico, social e mental. Cumpre destacar, no entanto, que a ênfase dada ao pleno bem-es-

tar físico, social e mental pode induzir as/os professoras/es a pensar que estejam, em suas salas, lidando com grupos de pessoas doentes. Afinal de contas, uma parte expressiva dos adultos e idosos da EJA possui obesidade, diabetes, hipertensão e níveis de colesterol acima do esperado. A outra parte dos sujeitos da EJA que não possui essas características reside em locais em situação de risco e de vulnerabilidade social, ou seja, em espaços que não favorecem o pleno bem-estar social. Como, então, construir, em um contexto marcado pela pobreza e pela exclusão social, um ambiente saudável, com práticas promotoras de saúde?

Um ponto de inflexão proposto por este Caderno consiste em afirmar que conceito de saúde incide na capacidade individual e coletiva de grupos subjugados historicamente em atuar em processos de transformações dos espaços em que vivem. Assim, em vez de pensar no termo “pleno” para definir o conceito de saúde, as professoras e os professores que atuaram na escrita deste material optaram por enfatizar a disposição dos sujeitos para enfrentar as adversidades da vida, envolvendo-se em práticas que promovam, de forma ampliada e múltipla, o bem-estar físico, social e mental. Os relatos de experiências confirmam, empiricamente, essa concepção. Há depoimentos de mulheres que, depois de retomar os estudos, reduziram a quantidade de remédios utilizados para combater a depressão ou tiveram sua pressão arterial controlada, após participarem de atividades de dança na escola.

Como Freire (2007), pensamos que o futuro não é inexorável, nem que o mundo não é. O mundo está sendo. Para o autor, a História é vista como possibilidade, como fonte de esperança para a humanização das relações sociais e construção de um mundo em que os seres humanos em estados de opressão possam ser mais. Esperamos, assim, que este Caderno não somente contribua para a ampliação do debate sobre a EJA, mas, principalmente, para a construção de uma sociedade mais justa e plural.

Boa leitura!

*Heli Sabino de Oliveira*

*Karina Dias Gea*

## Referências

CASTELLS, Manoel. **Sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

LEFEBVRE, Henry. **Direito à Cidade**. São Paulo: Apontamentos, 1969.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

MATEUS, Bruno. covid-19: estudo sugere que internações graves em BH vêm de áreas vulneráveis. **O Tempo** [online]. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/coronavirus/covid-19-estudo-sugere-que-internacoes-graves-em-bh-vem-de-areas-vulneraveis-1.2356596>. Acesso em: 24 ago. 2020.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2014.

MORIN, Edgar. **Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

SENNET, Ricard. **Construir e Habitar: ética para uma cidade aberta**. Rio de Janeiro: Record, 2018.

# COVID-19: uma abordagem transdisciplinar e intersetorial

Karina Dias Gea  
Ariel Boaz Costa e Silva  
Mariete Menezes Amaral Rodrigues

# 1

## Capítulo

*Cara professora, caro professor,*

Nesses tempos de teletrabalho, você já conversou com as/os estudantes da EJA sobre a covid-19? Como têm sido para elas/eles vivenciar uma pandemia? Como sua turma tem se informado sobre o que está acontecendo? Como supõe que cada estudante esteja vivenciando e se sentindo durante a suspensão das aulas? Elas/es conseguem fazer o isolamento social? Quantas pessoas que elas/es conhecem foram infectadas pelo coronavírus? Quais são as dificuldades encontradas para realizar a higienização das mãos? As/os estudantes que têm direito estão tendo problemas de acesso ao auxílio emergencial?

O contexto de pandemia que estamos enfrentando gerou a necessidade de ações imediatas para conter e mitigar a transmissão e a disseminação do novo vírus, o que tem provocado profundas transformações sociais e econômicas, que afetaram diretamente a nossa vida cotidiana e exigiram de nós adequações, tais como o estabelecimento de novos hábitos de higienização pessoal e de novas relações com o outro, com a cidade, com o trabalho e com os estudos.

Nesse sentido, compreendemos que as condições das/os estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA), em especial daquelas/es que pertencem ao grupo de risco, foram impactadas não só pelas transformações citadas, mas também pelo aumento da vulnerabilidade de suas vidas. Por mais que o coronavírus seja um agente biológico que possa atingir a todos, como explica Gomes (2020), sabemos que o perfil de pessoas contaminadas e vítimas fatais da doença, majoritariamente, é de pessoas negras periféricas e moradoras de vilas, favelas e aglomerados. Além disso, a pandemia agravou os problemas sociais existentes, elevando a taxa de desemprego, a precarização do trabalho informal e a flexibilização dos direitos trabalhistas, bem como evidenciou a dificuldade de acesso à renda emergencial.

Percebemos, assim, que nem todas/os estão “no mesmo barco”, pois o acesso à água e as condições para comprar álcool em gel não são idênticos para todos. Isso sem mencionar as possibilidades de realilização de trabalho em casa, via internet, e de cumprir as medidas de distanciamento social. Tudo isso torna inviável o isolamento social para aquelas/es que moram em cômodos apertados e/ou superlotados e necessitam trabalhar diariamente, dependendo do transporte público .

Os desafios e as desigualdades sociais e econômicas enfrentadas pelas/os estudantes da EJA, seus familiares e a comunidade onde vivem devem nos mobilizar, com o intuito de possibilitar formas de trocas e interação entre saúde e educação. Neste momento, não é viável pensar em voltar às aulas nos espaços escolares. Contudo, retomaremos as atividades de uma nova forma, a distância. Logo, é imprescindível elaborar estudos sobre como o novo coronavírus está marcando a vida das/os educandas/os e educadoras/res.

Este momento requer novas posturas de todas/os, pois será fundamental a construção de uma nova escola, com novos problemas, novas perspectivas metodológicas e novas abordagens pedagógicas.

A covid-19 mobilizou-nos a buscar meios de nos proteger, de proteger nossos familiares, amigas/os e comunidades contra a doença, evidenciando a



estreita relação entre processos educativos e saúde. Mesmo que o tema esteja em alta nas grandes mídias e conversas cotidianas, é importante continuar a aprender e a nos informar. Os espaços educacionais e as/os professoras/es são fundamentais para que esse processo seja caracterizado por uma aprendizagem acolhedora, inclusiva e segura.

Tendo em vista que somos responsáveis pelos processos coletivos de construção da saúde, destacamos que é primordial trabalhar com informações precisas e baseadas em conhecimentos técnicos e científicos advindos de fontes confiáveis sobre a covid-19. Afinal, isso reduz:

- a) sentimentos de medo, ansiedade, insegurança;
- b) questionamentos frente aos protocolos de biossegurança;
- c) dificuldade ou resistência para adaptar-se aos novos protocolos de biossegurança;
- d) risco de ser infectada/o e infectar outras pessoas;
- e) risco de agravamento de saúde mental e física;
- f) risco de não procurar assistência médica, ao apresentar os sintomas da doença.

Tais reações e comportamentos pontuados são compreendidos como normais diante da pandemia da covid-19, que é uma situação anormal, conforme defende a equipe da CEPEDS/FIOCRUZ (2020). Devido à sensação de falta de controle frente às incertezas do presente momento, é importante acolher e informar, através de fontes confiáveis e atualizadas, para amenizar os impactos. Além disso, realizar trabalhos educacionais sobre a covid-19 vai:

- a) fortalecer a segurança das/os professoras/es, educandas/os e funcionárias/os;
- b) reforçar o papel da educação para colaborar com a saúde pública;
- c) reduzir, de forma eficaz, o risco de aumentar a transmissão devido à falta de informação.

Nesse sentido, o presente capítulo pretende auxiliar as/professoras/es de EJA nesse novo processo educativo.

## 1.1 Covid-19: um breve estudo sobre sua origem e modo de propagação

É tempo de fatos, não de medo.  
É tempo da ciência, não de rumores.  
É tempo da solidariedade, não do estigma<sup>1</sup>

QR Code 1.1  
Para saber mais  
sobre como os  
microrganismos  
impactam a  
humanidade, as-  
sista ao vídeo do  
escritor e médico  
infectologista  
Stefan Cunha  
Ujvari



Desde os primórdios, no continente africano, até o atual cenário global de crescente urbanização, a história da humanidade está interligada à história dos microrganismos, tais como bactérias, vírus e parasitas. Esses são minúsculos organismos, visíveis apenas com o auxílio de um microscópio e que podem provocar doenças nos seres humanos. A relação entre humanos e microrganismos gerou impactos no estado de saúde dos seres humanos.

Nesta relação, bactérias e vírus são os principais protagonistas, mas são seres distintos um do outro. As bactérias são unicelulares (formadas por uma única célula), procariontes (organismos que não possuem um núcleo definido) e realizam a divisão binária (chamada também de cissiparidade ou bipartição). Neste processo de reprodução assexuada, a bactéria duplica seu material genético e se divide em duas; ambas serão idênticas, ou seja, com o mesmo DNA, e exercerão as mesmas funções. As doenças bacterianas podem ser adquiridas de diferentes formas, conforme nos ensina Moraes (2020), seja pela ingestão de alimentos, líquidos ou em relações sexuais sem proteção. Os medicamentos utilizados para o tratamento são os antibióticos, substâncias que atuam matando ou impedindo que as bactérias se multipliquem. Algumas das doenças conhecidas são, por exemplo, tuberculose, tétano, sífilis.

Os vírus são os menores microrganismos conhecidos, pois suas estruturas são compostas basicamente por uma cápsula proteica e seu material genético: ácido desoxirribonucleico (DNA) ou ácido ribonucleico (RNA). Não são formados por células (acelulares); contudo, são dependentes dessas estruturas para se reproduzirem, visto que não possuem metabolismo próprio e nenhuma organela. Consequentemente, é necessário que o vírus parasite uma célula de organismos vivos (animais ou vegetais) para controlar o metabolismo celular e produzir seu material genético viral e proteínas, para replicar novos vírus idênticos ao invasor. Devido a essa forma de reprodução, são denominados como parasitas intracelulares obrigatórios. Depois, parte dos inúmeros novos vírus replicados são expulsos por meio da tosse, espirros e mucosas e estão aptos a repetir esse ciclo, como

<sup>1</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao declarar que o surto do novo coronavírus constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional.

temos em Santos (2020) e Ujvari (2012). Os medicamentos para tratar doenças desse tipo são os antivirais, que atuam inibindo a replicação viral. Algumas das doenças conhecidas são, por exemplo, aids, sarampo, dengue e poliomielite.

Atualmente, a pandemia que estamos vivendo ocorre devido a um vírus que pertence a uma família nomeada como coronavírus (CoV). São capazes de provocar infecções respiratórias de gravidade variada: simples, como resfriado comum, ou complexa, como uma síndrome respiratória aguda grave. O conjunto desse vírus foi isolado pela primeira vez no ano de 1930, descrito como tal em 1965 e nomeado em detrimento da sua estrutura que, na microscopia, parece uma coroa, originando o nome em latim *corona* (LIMA, 2020a; PIMENTEL *et al.*, 2020).

São conhecidas sete espécies de coronavírus que causam doenças humanas; quatro delas ocasionam sintomas comuns de resfriado, as outras três são associadas ao surgimento de infecções com alto impacto na saúde pública:

**SARS-CoV** - o agente causal dos surtos em 2002 e 2003, na província de Guangdong, China, causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS;

**MERS-CoV** - o agente causal dos surtos em 2012, no Oriente Médio, causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS;

**SARS-CoV-2** - é o novo coronavírus, cujo primeiro caso foi reportado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, e é o agente causal da doença covid-19.

De acordo com Croda e Garcia (2020), o Sars-CoV-2 é o sétimo coronavírus identificado, decorrente de uma mutação desse grupo, gera a doença que é identificada como tal em referência ao tipo de vírus e ao ano de início da epidemia: *coronavirus disease-2019* (covid-19). SARS e MERS destacam-se das doenças provocadas pelos membros da família coronavírus pela alta taxa de letalidade. Já a covid-19 tem se destacado pelo alto número de casos confirmados em apenas três meses, desde a primeira notificação.

Cabe destacar que, mesmo que a taxa de letalidade dos casos relatados desta nova doença seja mais baixa que as verificadas para SARS e MERS, o número total de casos de covid-19, bem como o número absoluto de óbitos é maior do que o das outras duas. O assustador número de notificações ocorre porque o SARS-CoV-2 possui uma alta taxa de transmissão, identificamos isso pelo seu número reprodutivo básico ( $R_0$ ), que é de aproximadamente 3 (LIU, GAYLE, WILDER-SMITH, ROCKLÖV, 2020). Ou

seja, cada pessoa doente consegue infectar outras três e, assim, sucessivamente, em progressão exponencial. Isso ocorre, no entanto, se medidas de mitigação não forem tomadas, o que ajuda a compreender um dos fatores para que sua disseminação seja classificada como uma pandemia.

### 1.1.1 Do surto à pandemia

Em 31 de dezembro de 2019, devido ao rápido aumento de pessoas infectadas, do número de mortes e da alta taxa de contaminação na cidade de Wuhan, foi notificada à Organização Mundial de Saúde (OMS) a ocorrência de um **surto** da recente doença identificada. Logo, a comunidade internacional descobriu uma infecção emergente, com sintomas mais leves que os que se relacionam com a SARS e a MERS, porém com maior transmissibilidade, principalmente de forma assintomática e que gerou impactos para os sistemas de saúde. Consequentemente, no final de janeiro de 2020, a OMS declarou a situação como uma emergência em saúde pública de interesse internacional. Rapidamente, no final de fevereiro de 2020, na China, já havia quase 80.000 casos confirmados e 2.838 óbitos por covid-19. Além disso, a doença foi identificada em outros 53 países, com quase 6.000 casos confirmados e 86 óbitos. Devido a esse cenário, a organização declarou a covid-19 como **pandemia**, em 11 de março de 2020 (OLIVEIRA, LUCAS, IQUIAPAZA, 2020; OPAS-OMS, 2020a).

Mas, afinal, quais são as diferenças entre surto, pandemia e outros termos utilizados pelos órgãos de saúde com relação às doenças? Matsuki (2020) e Moura e Rocha (2012) nos ajudam a responder tais questões. Compreendê-las é fundamental para o adequado planejamento das ações de prevenção, promoção e enfrentamento.

**Surto:** aumento repentino do número de casos de uma doença em uma região específica. Além disso, os casos devem ser maiores do que o esperado pelas autoridades. Um exemplo é o surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), em 2002-2003, na província de Guangdong, China, e o surto da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), em 2012, no Oriente Médio.

**Endemia:** ocorrência de uma doença dentro de um número esperado de casos para aquela região, em um específico período de tempo. Ou seja, uma doença é classificada assim baseada na sua ocorrência em anos anteriores. Dessa forma, sua incidência é relativamente constante, podendo ser sazonal. Um exemplo é a febre amarela na região Norte do Brasil.

**Epidemia:** aumento de casos de uma doença acima da média histórica de sua ocorrência. Geralmente, a doença tem um aparecimento súbito, propagando-se por determinado período de tempo e em uma determinada área geográfica. Pode ser em nível municipal, quando diversos bairros têm casos, até nível nacional, quando há várias epidemias em diferentes estados. Um exemplo, no país, são os casos de dengue. Essa doença é endêmica em período chuvoso do ano, mas, em alguns locais, ocorre aumento excessivo de casos, resultando em uma situação epidêmica.

**Pandemia:** ocorrência de uma doença endêmica, abarcando vários países em diferentes continentes. Dessa forma, o termo se refere à distribuição geográfica de uma doença e não, necessariamente, à sua gravidade. Um exemplo é o que estamos vivenciando, a pandemia da covid-19. O diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, ao anunciar que a doença causada pelo novo coronavírus havia sido reconhecida como uma pandemia, explicou que o número de casos fora da China tinha aumentado 13 vezes e o número de países afetados havia triplicado. Assim, em um breve período, havia sido confirmado 118.000 casos em 114 países de diferentes continentes, evidenciando uma alta velocidade no aumento do número de casos no contexto mundial (OPAS-OMS, 2020b).

### 1.1.2 Pandemia da covid-19: fatores biológicos e fatores sociais

Deixe-me apresentar outras palavras que importam  
muito mais e que podem resultar em ações:

Prevenção.

Preparação.

Saúde pública.

Liderança política.

E, acima de tudo, pessoas.

Estamos juntos para fazer a coisa certa, com calma, e proteger os cidadãos do mundo. É possível<sup>2</sup>

Para compreender o cenário atual, é importante refletir sobre as formas de transmissão da doença, os sintomas e as recomendações realizadas para a população em geral. Além disso, algumas questões ganham destaque: como a covid-19 chegou ao ponto de se tornar uma pandemia? Isso ocorreu devido às características do agente biológico da doença ou há outros motivos? Para tentar responder tais perguntas, precisamos compreen-

---

<sup>2</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao anunciar que a COVID-19 é caracterizada como uma pandemia.

der como o vírus responsável pela doença se espalha e como chegou a vários países. A transmissão do Sars-CoV-2 se dá de pessoa para pessoa e ocorre, principalmente, por meio do contato com gotículas da boca e do nariz (muco, catarro e saliva), quando a pessoa infectada pela doença espirra, tosse ou fala. O contato pode ocorrer de forma direta, ao respirar essas gotículas infectadas, ou indiretamente, pelo toque de objetos ou superfícies contaminadas (como mesas, maçanetas, celulares e corrimãos). Dessa maneira, conforme informações da SES-RJ (2020), as pessoas podem contrair a doença quando tocam com as mãos ou outra parte do corpo em superfícies ou objetos em que as gotículas contaminadas repousaram e, em seguida, tocam os olhos, o nariz ou a boca.

As pessoas contaminadas pela doença podem transmiti-la a outras durante o tempo entre a exposição ao vírus e o momento em que os sintomas começam a aparecer, chamado de período de incubação. Esse período pode variar de 1 a 14 dias. Além disso, as pessoas contaminadas podem transmitir o vírus mesmo que estejam assintomáticas, ou seja, quando não apresentam nenhum sintoma. Os sintomas mais comuns da covid-19 são febre, cansaço e tosse seca. Porém, algumas pessoas podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupções na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. De acordo com a *OPAS-OMS (2020b)*, devido à variedade de sintomas provocados, essa doença pode ser facilmente confundida com outras enfermidades que possuem sintomas semelhantes, visto que algumas pessoas infectadas apresentam apenas sintomas leves. Dessa maneira, algumas delas podem não saber que estão doentes e, assim, deixar de tomar as medidas para prevenir a contaminação daqueles a sua volta.

Felizmente, a maioria das/os infectadas/os (cerca de 80%) recupera-se sem precisar passar por tratamento hospitalar. Mas, isso não significa que devemos nos despreocupar, pois uma em cada seis pessoas infectadas pela covid-19 apresenta dificuldade de respirar e desenvolve um quadro grave. Os perfis dos indivíduos que possuem o maior risco de desenvolver os sintomas mais graves são os de pessoas idosas e aquelas que têm outras agravantes de saúde, tais como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer. Contudo, observando os diversos casos, percebemos que qualquer pessoa pode pegar a covid-19 e ficar gravemente doente.

Diante disso, indivíduos de todas as idades e perfis devem procurar atendimento médico imediatamente, caso apresentem febre e/ou tosse associada aos seguintes sintomas: dificuldade de respirar, falta de ar, dor/pressão no peito, perda da fala ou movimento. Para prezar pelo bem-estar da pes-

soa e amenizar a contaminação, é recomendado, se possível, ligar primeiro para a/o médica/o ou serviço de saúde, para que a pessoa com suspeita de contaminação possa ser encaminhada para a instituição certa.

Compreendendo essas formas de transmissão, a OMS e outras instituições de saúde instituíram medidas para a prevenção da disseminação do vírus causador da doença covid-19 para a população em geral.

a) Mudar alguns hábitos pessoais:

- lavar bem as mãos, frequentemente, com água e sabão por, pelo menos, 20 segundos;
- se não houver água e sabão, usar álcool em gel 70%;
- adotar a etiqueta respiratória; ao tossir ou espirrar, cubra o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou utilize tecido ou lenço de papel, descartando-os imediatamente após o uso e, em seguida, higienizando as mãos com água e sabão ou álcool em gel 70%;
- não tocar olhos, nariz ou boca com as mãos não lavadas;
- não compartilhar utensílios de uso pessoal, como copo, prato, talheres e máscaras;
- não cumprimentar por meio de abraços, apertos de mãos e beijos.

b) Manter o distanciamento social:

As pessoas que possuem doenças ou condições que agravam os efeitos da covid-19 não devem sair do domicílio. Além disso, devem tomar as medidas extras de precaução, para não serem contaminadas por pessoas com quem compartilham a moradia.

- Evitar sair de casa, a menos que seja estritamente necessário.
- Caso seja inevitável, ao sair de casa:
  - usar máscara (caseira ou cirúrgica) e levar mais uma, em uma sacola, caso seja necessário a troca. Colocar a máscara usada na sacola;
  - procurar manter distância de, no mínimo, um metro das pessoas;
  - evitar filas e aglomerações.

QRCode 1.2  
Higienização  
correta das mãos



QRCode 1.3  
- Como fazer  
máscara caseira



QRCode 1.4 -  
Saiba os cuidados  
para usar máscara  
de pano



QRCode 1.5 -  
Como colar, usar,  
retirar e descartar  
uma máscara





Ao retornar para casa:

- 1º tirar o sapato antes de entrar em casa;
- 2º ao entrar, lavar bem as mãos, com água potável e sabão;
- 3º higienizar os objetos que levou para rua, como carteira, documentos, chaves, óculos e celular, bem como os que vieram de lá, tais como produtos, alimentos e sacolas de compras;
- 4º tirar a máscara, a roupa e colocá-las separadas, num saco, até que possam ser lavadas. Em seguida, higienizar as mãos, tomar banho e lavar os cabelos;
- 5º a roupa e o sapato usados devem ser lavados com água potável e sabão;
- 6º a máscara deve ser lavada com água potável e com água sanitária, na proporção de uma parte de água sanitária para 50 partes de água, como 10 ml de água sanitária para 500 ml de água, por exemplo.

c) Realizar o isolamento social:

- Todas/os que apresentem sintomas de síndrome gripal, sem sinais de gravidade, deverão se manter em casa, com o mínimo de contato possível com outros moradores, se possível, em espaço separado.
- O isolamento domiciliar é recomendado por 14 dias, desde a data de início dos sintomas, conforme indicado pela/o médica/o ou enfermeira/o, seguindo as orientações para os cuidados domésticos. Além disso, as pessoas que habitam no mesmo domicílio que o paciente com síndrome gripal também deverão realizar o isolamento domiciliar, por 14 dias.

d) Manter fechados estabelecimentos comerciais e serviços não essenciais:

- serviços essenciais, como farmácias, hortifrutis, mercados e mercearias devem permanecer abertos, mas não devem ficar lotados;
- restaurantes devem trabalhar somente com entregas;
- festas, bailes, casamentos, aniversários, cultos religiosos e toda atividade que provoque circulação, aglomeração e encontro de pessoas que não estão em isolamento juntas deverão ser cancelados.

QRCode 1.6  
Roteiro da utilização da água sanitária de forma eficiente



QRCode 1.7  
Higienização dos alimentos





## e) Adotar novas medidas para os cuidados domésticos:

Limpar e desinfetar objetos, utensílios e superfícies tocados com frequência, com água e sabão, álcool 70% ou solução de água potável e água sanitária. Limpar e desinfetar todos os objetos vindos da rua (roupa, máscara, sapatos, compras, utensílios, objetos levados) do mesmo modo. Manter os ambientes bem ventilados, sempre que possível.

## f) Manter os cuidados usuais de higienização dos alimentos:

- O vírus Sars-CoV-2 não é transmitido pela ingestão de alimentos, mas pode contaminar a superfície deles, contaminando as mãos de quem os manusear. Com isso, é fundamental manter as medidas habituais de higienização dos alimentos *in natura*, com água potável corrente e solução sanitizante ou água sanitária diluída na proporção de 1 litro de água para 20 ml (2 colheres de sopa) de água sanitária.
- Lavar bem, com água e sabão, os utensílios domésticos de uso comum.

## g) Manter uma boa alimentação e horas de sono:

- Alimentar-se e hidratar-se adequadamente ajuda a manter o organismo saudável, contribuindo para preservar a nossa imunidade. A alimentação deve ser equilibrada e com refeições completas.
- Também é recomendável ter boas horas de descanso e sono, pois ajudam no fortalecimento da imunidade.
- É primordial saber e se informar sobre essas medidas de prevenção da transmissão do vírus Sars-CoV-2 porque, até este momento, não se desenvolveu uma vacina ou medicamento antiviral específico e reconhecidamente seguro para prevenir ou tratar a covid-19 (OPAS-OMS, 2020b; SARAIVA, BARROS, 2020; SES-RJ, 2020). Sendo assim, as pessoas infectadas precisam receber cuidados de saúde para aliviar os sintomas e as que apresentam um quadro grave devem ser hospitalizadas. Felizmente, a maioria se recupera graças aos cuidados de suporte realizados com base no conhecimento técnico-científico.
- Levando em conta a ausência de vacina e medicamentos, somada a essa extensa lista de recomendações para evitar a transmissão da covid-19, é importante questionar: será que, no Brasil, na cidade de Belo Horizonte, em diferentes bairros e residências, é possí-

QRCode 1.8  
Transmissão do  
vírus respira-  
tório



QRCode 1.9  
O poder de con-  
tágio do novo  
coronavírus



QRCode 1.10  
Vacina contra  
covid - 19



vel realizar todas as indicações? É primordial lembrar que, além das condições socioeconômicas, das formas de transmissão e dos sintomas, o SARS-CoV-2 possui, como destacado anteriormente, uma alta taxa de transmissão, visto que o seu número reprodutivo básico ( $R_0$ ) é de aproximadamente 3. Contudo, enfatizamos que essa estimativa do  $R_0$  pode mudar a partir de novos dados e pesquisas, pois esse estudo ocorreu na China e as medidas de controle, que variam em diferentes países, também vão influenciar o número de novas infecções que são geradas (VANNI, 2020). Ou seja, fica evidente que o risco de disseminação da doença não é determinado apenas pelas características do novo vírus, mas, também, por vários outros condicionantes.

### 1.1.3 Fatores sociais: globalização e determinantes sociais da saúde

Devido ao fato de a doença e seu agente biológico serem novos, as orientações sobre as medidas de prevenção e controle foram construídas, inicialmente, por meio de informações e recomendações já prescritas para outras doenças respiratórias, incluindo os vírus SARS-CoV, MERS-CoV e o vírus *Influenza*. À medida em que a OMS consolidava as informações recebidas dos países e novas evidências técnicas e científicas sobre a covid-19, as orientações eram atualizadas e publicadas. Até o presente momento, a OMS continua a atualizar essas recomendações, conforme novas informações vão surgindo.

Dessa forma, aos poucos, informações sobre o agente e a doença foram descritas. Paralelamente, ocorria o registro de pessoas infectadas e mortas na cidade de Wuhan e, conseqüentemente, as primeiras medidas de controle foram tomadas: suspensão do transporte público, fechamento de locais de entretenimento, proibição de aglomeração, higienização de prédios/ruas e restrição domiciliar compulsória a todos os cidadãos. Sendo assim, como, apesar dessas restrições e medidas, a doença conseguiu se espalhar por tantos países?

Como aprendemos na seção anterior, o SARS-CoV-2 é um vírus que, devido às suas características, tais como taxa de transmissão e formas de disseminação, propiciou a propagação da doença covid-19, tornando-se rapidamente uma epidemia na China. Porém, existem outros fatores condicionantes para que a doença se tornasse uma pandemia, como processos sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais.

Um condicionante importante é a globalização, que proporcionou o deslocamento rápido das pessoas infectadas, principalmente pelo transporte aéreo, permitindo a rápida transmissão do agente causador em outras áreas geográficas, durante pouco tempo. Além disso, com a falta de conhecimento, a adoção de medidas restritivas de circulação de pessoas em viagens para locais endêmicos foi realizada tardiamente, o que fez com que a disseminação em outros países fosse acelerada.

Vale ressaltar que, para além da compreensão da globalização como fator de aumento da velocidade de grandes movimentos populacionais (seja por turismo ou migração), compreendemos esse fenômeno como fruto de um longo processo histórico, social, político e econômico. Além disso, não se trata de um processo que trouxe homogeneização, visto que “a globalização veio sem que viesse junto um mundo só” (SANTOS, 2003, p. 313), mas evidenciou diferenças políticas e de distribuição desigual do poder e da riqueza. Inevitavelmente, percebemos a globalização como uma derivação do padrão de poder mundial instituído pela Europa durante a colonização de outros continentes, com a exploração e o genocídio dos povos nativos e o tráfico maciço de africanos para serem escravizados, que culminou no neoliberalismo capitalista global dos tempos atuais. Isso significa dizer que o fim do colonialismo e a constituição da modernidade na Europa Ocidental não trouxeram transformações e rupturas significativas nas relações econômicas, políticas, étnico-raciais, patriarcais entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento; pelo contrário, o que aconteceu foi uma transição do colonialismo moderno para a colonialidade global (CURIEL, 2014; MIGNOLO, 2017).

Dessa forma, a falsa mudança do mundo globalizado ainda reproduz, intensifica e mantém hierarquias interconectadas. A “colonialidade”, conceito introduzido pelo sociólogo peruano Anibal Quijano (2002), reconhece que as relações coloniais de dependência e subordinação estão presentes na constituição de diferentes dimensões, como as do poder, do saber, do gênero, da raça, da classe e da sexualidade, como explica Lugones (2011). Com a apresentação dessa visão ampliada sobre os processos globais, convidamos você, educadora, educador, a refletir sobre como a covid-19 evidenciou as desigualdades e vulnerabilidades, principalmente na realidade em que vivemos. Além disso, é fundamental compreender essa doença não apenas como resultado da presença de um novo vírus, mas como resultado de uma dinâmica social complexa, do global ao local.

Como visto anteriormente, a OMS e outras instituições de vários países estão realizando um esforço conjunto para pesquisar possíveis vacinas e medicamentos específicos para a nova doença. Conseqüentemente, as estratégias mais eficazes de proteger a si mesmo e aos outros contra a covid-19 são os protocolos de biossegurança: a higienização frequente

das mãos, a etiqueta respiratória, a distância social, o isolamento e a higienização de superfícies, alimentos e objetos.

Dessa forma, a atual pandemia demonstra que a globalização desta doença impõe, com urgência, a necessidade de fortalecer as capacidades de mitigação, alerta e resposta epidemiológica a partir dos serviços locais de saúde, para estabelecer uma segurança sanitária global. Nesse sentido, todos os países têm o dever de tentar diminuir o número da taxa de transmissão e garantir o acesso aos produtos necessários para realizar os protocolos de biossegurança. Contudo, as medidas de controle e de apoio à população são distintas, devido a complexos fatores políticos, econômicos, históricos e sociais. Ou seja, mesmo que haja recomendações para todos os países, compreendemos que há fatores que exercem influência sobre a saúde, nomeados como determinantes sociais da saúde.

Em geral, os determinantes sociais da saúde são os fatores que influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. Os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde agem, interagem e evidenciam que o risco epidemiológico é determinado para além das questões individuais.

Este conceito mais abrangente de determinantes sociais da saúde, esquematizado na Figura 1.1, foi proposto por Solar e Irwin (2010) e adotado pela OMS, na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, no Rio de Janeiro (OMS, 2011).

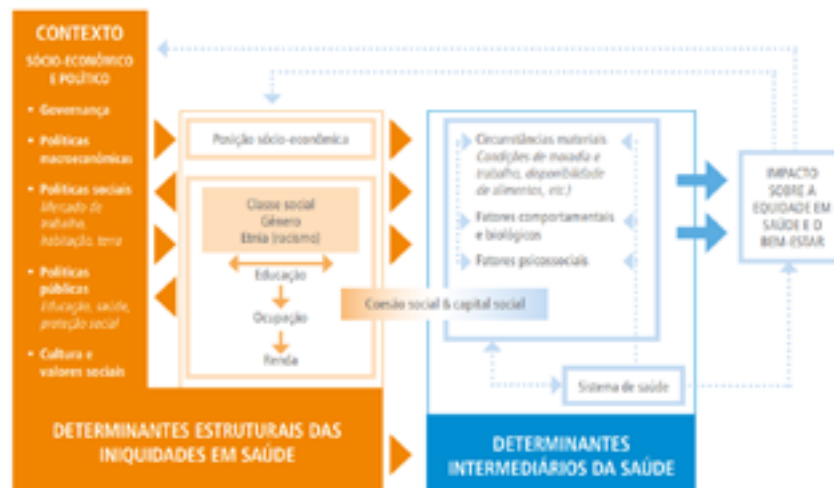


Figura 1.1 Os Determinantes Sociais da Saúde

Nesse modelo, visualizamos que o conjunto de determinantes estruturais opera por meio de um conjunto de fatores intermediários, para moldar os

efeitos na saúde nas pessoas e populações. Esses determinantes compreendem o contexto macropolítico e social, estruturas políticas e de governança, assim como a distribuição de renda, o nível de escolaridade e o preconceito baseado em valores relativos a gênero, etnia e classe social, por exemplo. Já os determinantes intermediários configuram-se como as condições materiais e de vida, como fatores psicossociais, biológicos e o próprio sistema de saúde.

Nessa percepção de iniquidades em saúde, os determinantes que mais geram estratificação social são os responsáveis pelas desigualdades e vulnerabilidades entre pessoas e populações. Ou seja, quanto mais forem desiguais os determinantes estruturais, mais fomentam abismos relativos ao poder econômico e social. Dessa maneira, as diferenças alimentadas pelos fatores estruturantes geram impacto sobre os intermediários, como as condições de vida, condições materiais, acesso ao sistema de saúde e, ao mesmo tempo, dão forma às condições de saúde dos indivíduos e grupos.

Frente a essa complexa e ampla compreensão dos determinantes sociais da saúde, propomos refletir sobre as desigualdades em saúde no contexto da pandemia da covid-19. Vale ressaltar que não desejamos esgotar todas as possíveis leituras desse contexto, mas provocar algumas análises mais profundas e críticas, refletindo sobre as realidades vivenciadas pelas/os educadoras/es e educandas/os.

Como importantes determinantes estruturais, temos o contexto político e a posição socioeconômica e de trabalho dos sujeitos. Vamos refletir sobre eles.

a) Contexto político: Um dos fatores estruturais é a forma de governança, bem como as prioridades políticas e as decisões de governo. Em razão disso, o Brasil ultrapassa, enquanto escrevo este capítulo, 80.000 mortos e 2.000.000 de pessoas infectadas. Infelizmente, falta ainda a compreensão de que “[...] não colocar a saúde pública no centro dos planos de ações governamentais não salva a economia”, como explica Juan Pablo Bohoslavsky, especialista em Direitos Humanos e dívida externa, coautor do relatório “Covid-19: Políticas econômicas e sociais irresponsáveis no Brasil colocam em risco milhões de vidas” (LUCAS, 2020, n.p.).

A demora e a falta de estratégias para controlar, mitigar e implementar medidas de saúde pública fazem com que o Brasil apresente a maior taxa de contágio do Sars-Cov-2, conforme o estudo divulgado no dia 29 de abril, pelo Imperial College, de Londres (LIMA, 2020b). Os estudiosos concluíram que, no país, o R0 do vírus é de 2,8; o maior entre todos os 48 países analisados, o que indica que cada pessoa

infectada transmite o vírus para, aproximadamente, três pessoas, ou seja, não foi possível diminuir o número reprodutivo básico do vírus.

Destacamos, ainda, que o Brasil já ultrapassou a China em número de mortos pela covid-19, país que foi o primeiro epicentro da doença. O quadro pode ser ainda pior, visto que aqui há casos de subnotificação, pois há menos realização de testes, devido à baixa quantidade de insumos para realizá-los. Outro indicativo é o aumento do número de internações e mortes por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), durante o período da pandemia, em que os pacientes manifestam sintomas similares aos da covid-19, como febre, tosse e dificuldade de respirar. Contudo, os testes não são realizados em todos os sujeitos com sintomas para saber se estão com a doença ou se houve infecção por outro tipo de vírus.

b) Posição socioeconômica e trabalho: Nesse complexo contexto político e de governança, temos que analisar como as estruturas do mercado de trabalho e as posições socioeconômicas (que se relacionam com classe social, gênero, raça, educação, renda) condicionam a vida e o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. No enfrentamento da pandemia do novo coronavírus no Brasil, são escassas as ações voltadas para a população ou para grupos com maior risco de contaminação, como os profissionais de saúde.

Os fundamentais protocolos para os profissionais de saúde envolvem recomendações para a tomada de medidas individuais de biossegurança – higiene e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), mas são insuficientes para o controle geral da disseminação e da exposição ao vírus nessa população (JACKSON FILHO, 2020).



*Figura 1.2 - Ato das/os enfermeiras/os em Brasília (DF), no dia 1º de maio de 2020  
-Foto: Scarlett Rocha*



Além desses profissionais, que estão na linha de frente no combate à covid-19, outras pessoas, de diferentes atividades laborais, também precisam de mais atenção e políticas públicas. Afinal, há outras atividades essenciais para que a população consiga realizar as medidas de isolamento social. Sendo assim, trabalhadoras e trabalhadores de outras áreas também podem ficar mais propícios a se infectarem e disseminarem o vírus, portanto necessitam receber ações de prevenção e estratégias.

Para ajudar nas reflexões referentes a questões socioeconômicas e de trabalho, apresentamos, a seguir, o relato de experiência de uma professora e de um professor que, durante o período de isolamento, estabeleceram contato com uma estudante, moradora em uma área de segregação social.

## **1.2 Relato de Experiência - A pandemia e os estudantes periféricos na região do Anel Rodoviário: isolamento, cotidiano e desafios**

Na reportagem “Meu Quintal é o Anel”<sup>3</sup>, de Câmara e Silva (2017), observa-se a vida daqueles que ocupam as beiradas das rodovias federais BR262 e BR381, na Região da Pampulha. Pequenos barracos de alvenaria aglomeram-se em espaços apertados, dando a impressão de que não cabem todos ali. As atividades domésticas são realizadas a poucos metros de onde automóveis trafegam em alta velocidade. As passarelas, construídas para que os pedestres façam a travessia da rodovia em segurança, são ocupadas por jovens (muitos deles, nossos alunos) que soltam papagaio. As escadas das passarelas tornam-se porta de entrada de pequenas residências superpovoadas, que se apertam com pequenas vendas, bares e barbearias.

A realidade dos nossos estudantes ocupantes das vilas e comunidades do entorno do Anel Rodoviário Celso Mello Azevedo é permeada pela proximidade física entre vizinhos, pelo pouco espaço dentro das residências e pela limitação das opções de lazer. Mesmo com a intensificação da pandemia de covid-19, notamos a continuidade do movimento rotineiro nesses locais quando passávamos por ali. Isso nos levou a questionar até que ponto é possível que os ocupantes desses locais cumpram com o isolamento social recomendado para a não transmissão do coronavírus.

Unido a essa dificuldade, notamos também o baixo índice de integração dos estudantes nas atividades escolares remotas. Imaginamos como cau-

<sup>3</sup> Leia e assista à reportagem aqui: <https://bit.ly/3inJeZ9>

sas as limitações do acesso à internet, o caos nas casas superlotadas, agora durante todo o dia, e a precariedade alimentícia decorrente do desemprego crescente entre as famílias de baixa renda e da ausência da alimentação escolar. Pensamos, também, no papel da escola e das aulas presenciais como fundamentais para a garantia de melhor qualidade de vida para essas pessoas, concluindo pela necessidade de docentes presentes e imersos na realidade sociocultural dos alunos.

Nesse contexto de trabalho remoto e isolamento, que afastou escola, docentes e estudantes, um caso específico nos chamou a atenção. Daiana, estudante do primeiro ano do ensino médio, estava sempre em contato conosco, demonstrando dedicação incomum nas tarefas escolares remotas. Sua dedicação, porém, era proporcional às dificuldades que encontrava. Questionada, ela nos respondia que as aulas online não forneciam o necessário para que ela conseguisse compreender os conteúdos, não respeitavam seu tempo de aprendizagem e pouco auxiliavam na resolução das atividades obrigatórias. Quanto mais se aproximava o prazo estipulado para a entrega das atividades, mais dificuldade Daiana encontrava para organizar seus estudos.

As dificuldades com a educação remota eram uma realidade intensa na casa de Daiana, já que todos os membros do grupo familiar estavam matriculados em escolas públicas. Seu irmão mais novo cursa os anos iniciais do ensino fundamental. Já sua mãe, vendo as oportunidades de emprego e estabilidade financeira reduzindo-se, tomou, recentemente, a iniciativa de retornar à escola, matriculando-se na Educação de Jovens e Adultos.

Matriculados cada um em uma escola diferente, as rotas pela cidade em busca da educação marcam a vida familiar. As mudanças constantes de residência uniram-se às dificuldades de adaptação a novas escolas. Daiana chegou a estudar em uma escola pública na região centro-sul de Belo Horizonte, no bairro Savassi. Sua rotina diária era tomar o transporte público partindo do bairro Serrano (regional Pampulha), onde morava, para chegar ao centro da cidade e terminar o trajeto caminhando até uma das áreas mais segregadoras da capital. A não adaptação a essa rotina e a conseguinte mudança emergencial de residência, passando a habitar no bairro Ermelinda (ainda próximo ao Anel Rodoviário, na regional Pampulha), levaram Daiana a matricular-se em uma escola mais próxima, onde poderia fazer todo o trajeto caminhando.

Mesmo morando próximo à escola, o trajeto de Daiana ainda é complicado: o trânsito intenso na rodovia por onde ela caminha a assusta menos que a possibilidade de ser assaltada na travessia da passarela. Seu *smartphone* é uma ferramenta fundamental nos seus estudos, pois é por meio dele



que acessa a internet. Perdê-lo em um assalto seria um prejuízo enorme, dadas as condições financeiras da família, por isso Daiana o esconde no fundo da mochila até chegar na escola. Sua mãe, Luana, também enfrenta uma rotina dura. Trabalhando como diarista, sem vínculo empregatício, em residências particulares, ela chega a atravessar a cidade, tomando até três ônibus no caminho de ida para o trabalho e três no caminho de volta para casa. Quando chega, precisa se arrumar correndo para não se atrasar para as aulas noturnas da EJA.

Se os trabalhos de Luana eram apenas esporádicos, com a pandemia, eles ficaram ainda mais raros. A renda da família foi consideravelmente reduzida, já que a pensão referente ao filho mais novo também deixou de ser paga regularmente. Luana e Daiana explicam que outro efeito da pandemia em suas vidas foi a dificuldade em acessar os mecanismos de justiça para que seu direito de receber a pensão fosse garantido. Sua única renda fixa vem do Bolsa Família e do Auxílio Emergencial do Governo Federal, que elas temem ser uma política pública de curta duração.

Tendo em vista a complementação da renda familiar, Daiana corre atrás de algum emprego que possa conciliar com os estudos. Já passou por duas entrevistas neste ano, mas ainda aguarda resposta. Na última entrevista que realizou, no mês de junho, sentiu os efeitos da pandemia ao tomar o transporte público para se deslocar até o local da vaga de emprego ofertada. O espaço do ônibus era dividido entre trabalhadoras e trabalhadores que não tiveram condições de paralisar suas rotinas e com moradores de rua que, segundo ela, raramente seguem a recomendação médica do uso de máscara. O medo da contaminação é o companheiro de viagem dessas pessoas.

No cotidiano da residência onde vive, a família vê a radicalização de hábitos antigos. Daiana e seu irmão já não tinham o costume de usar a rua para o lazer. As barreiras invisíveis da capital mineira já confinavam essa família aos hábitos domésticos. Mesmo vivendo próximos a um *shopping center*, os hábitos de consumo que implicam o usufruto desse local sempre foram determinantes para que aquele fosse um lugar restrito. Sua realidade contrasta com a daqueles jovens que ainda soltam papagaio nas passarelas do Anel Rodoviário e que continuam se reunindo nos becos para ensaiar os passinhos de *funk*. Mesmo não vivendo nos barracos que se espremem nas beiradas da rodovia, sua residência ainda é pouco espaçosa e a nova rotina de não sair mais pra ir à escola tem sido complicada. Cessaram também as visitas a familiares próximos. A tia e a avó enquadram-se no grupo de risco da covid-19. Daiana ainda é mãe de uma criança de poucos meses.

Com o advento da pandemia, ebuliram as narrativas do sofrimento da classe média alta urbana sobre o isolamento social. Muito foi dito sobre o uso

do tempo, agora abundante, dentro de casa. Paradoxalmente, o sofrimento de precisar se isolar vem acompanhado do conforto de vidas financeiras e empregos estáveis, que possibilitam que o confinamento seja utilizado para projetos pessoais como estudo e empreendedorismo. É evidente a radicalização do comportamento individualista nesse meio social, com o acirramento das questões empregatícias envolvendo trabalhadoras e trabalhadores domésticos e comerciais.<sup>4</sup>

É comum ouvirmos o argumento de que se não houver demissões, haverá empobrecimento de empregadores. Esse argumento, porém, pouco considera o trabalhador demitido. Trabalhadores oriundos da periferia, como Luana e Daiana, são invisibilizados pela narrativa do sofrimento da classe média. O questionamento sobre confinar-se ou não ganha ares moralistas por parte de quem defende um isolamento completo. Mas essa moral desconsidera os espaços urbanos invisíveis, onde não há diferença entre ficar em casa e estar próximo de outras pessoas. Desconsidera, também, a penúria daqueles que têm como únicas escolhas ficar em casa e não ter dinheiro para manter-se ou sair para trabalhar e correr os riscos da contaminação pelo coronavírus.

### 1.2.1 Direito ao trabalho e direito à cidade na perspectiva da Saúde Pública

O relato de experiência nos remete à questão do direito ao trabalho e do direito à cidade, objetos de estudo nos Cadernos 1, 2 e 3 desta coleção. Vimos que alguns desses serviços são realizados por pessoas que são majoritariamente negras e residem em áreas periféricas, como entregadores de aplicativos de *delivery*, motoristas de transporte público, motoristas de cargas, frentistas de postos de combustíveis, caixas de vendas de alimentos e de produtos, porteiros, zeladores, funcionários de limpeza, empregadas domésticas, vigilantes, cuidadores de idosos, serviços funerários, coleta de lixo, entre outros. Trata-se, pois, de pessoas que, em tempos de pandemia como agora vivemos, encontram-se em situação de risco e de vulnerabilidade social.

Constata-se, no entanto, que não se trata de uma diminuta parcela da

---

<sup>4</sup> Sobre os paradoxos de classe social e desigualdade racial durante a pandemia, o desenhista Leandro Assis e a escritora Triscila Oliveira criaram a série de histórias em quadrinhos (HQ) “Confinada”. Retratam situações paralelas durante a pandemia na vida de uma *influencer* digital e da empregada doméstica negra que trabalha em sua casa. As HQs são publicadas no perfil do desenhista na rede social Instagram: <https://bit.ly/2As1Wh7>.

população brasileira, como a família de Daiana, que continua trabalhando durante a pandemia, exercendo serviços essenciais e/ou realizando o ofício por necessidades socioeconômicas. No Brasil, há, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 29,1 milhões de trabalhadoras/es na economia informal, trabalhando sem carteira assinada (IBGE, 2020). Isso significa eles que não têm acesso aos direitos trabalhistas e previdenciários.

Devido a esses marcadores sociais, somados à informalidade e à precarização do trabalho, essa população ocupa uma posição socioeconômica baixa na hierarquia social. Portanto, essas pessoas possuem maior risco de exposição e, ao mesmo tempo, são as mais desassistidas econômica e politicamente nesta pandemia. Com efeito, não conseguem realizar o isolamento ou a quarentena e, muitas vezes, não recebem instruções ou apresentam condições de realizar os protocolos de biossegurança no exercício da ocupação.

O segundo óbito por covid-19 registrado no Brasil foi, por exemplo, o de uma empregada doméstica no Rio de Janeiro, cuja doença foi contraída no exercício do trabalho, visto que sua patroa tinha retornado da Itália infectada (LEMOS, 2020). Essa fatalidade demonstra que o exercício da atividade laboral e as condições do trabalho são fontes potenciais de exposição ao vírus, tanto por favorecerem a aproximação com pessoas infectadas, quanto pela exposição a situações que deixam as pessoas mais suscetíveis a entrar em contato com o vírus, como a necessidade de usar o transporte público, por exemplo.

Para um país que possui profundas desigualdades internas, a pandemia tem sido um desafio. Isso se deve, em grande parte, ao passado escravocrata brasileiro, que produziu o racismo estrutural nas relações sociais e, paralelamente, nas relações de trabalho, como destacado no capítulo 4 do Caderno 3, “EJA e Mundo do Trabalho”. Esse processo histórico ainda demarca as posições sociais das pessoas de acordo com a sua raça, gênero e classe. Isso é comprovado pela alta taxa de letalidade da doença que, segundo Soares, Cravo e Tatsch (2020), é de cerca de 60%, e recai sobre homens negros e pobres no Brasil durante essa pandemia.

Não podemos deixar de mencionar que os entregadores das plataformas de *delivery*, em meio à crise socioeconômica aprofundada pelo coronavírus, buscaram essa ocupação para tentar garantir alguma fonte de renda. Segundo a plataforma Rappi, com o início da pandemia, houve um aumento de 111% nos entregadores cadastrados na América Latina (BRASIL DE FATO, 2020). Apesar de o serviço ser considerado uma atividade essencial durante a quarentena, não houve aumento de renda desses trabalhadores em razão da elevação da oferta de mão de obra.

Com a precarização ainda maior do trabalho, os entregadores de *apps* realizaram paralisações em defesa de melhores condições de trabalho, movimento conhecido como “Breque dos Apps”, realizado por milhares de trabalhadores em diversas capitais do país, como mostra reportagem do jornal Brasil de Fato (2020). As demandas são remuneração mais justa, por meio do estabelecimento de uma taxa mínima por corrida, maior do que a atual; pagamento justo e padronizado entre as plataformas, por quilometragem percorrida; suspensão imediata de bloqueios sem justificativa e ações mais efetivas de proteção contra a covid-19, com reposição contínua de máscaras e álcool em gel 70%. Para aprofundar o assunto, no Caderno “EJA e Mundo do Trabalho”, especificamente no capítulo 3, apresentamos uma abordagem crítica sobre o processo de uberização, assistido nos últimos anos, na economia do mundo capitalista.



*Figura 1.3 - Movimento “Breque dos Apps”, em São Paulo. 1º de julho de 2020.  
Foto: Pedro Stropasolas*

Além dos determinantes estruturais, o contexto atual precisa ser analisado, tendo em vista os determinantes intermediários. Observando alguns casos de determinantes estruturais na pandemia da covid-19 no Brasil, fica nítido como suas dinâmicas influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos vulneráveis e como causam as mais profundas iniquidades em saúde. Com isso, moldam a saúde das pessoas, através de determinantes intermediários, como condições de vida e moradia, influências comunitárias e suporte social, acesso a serviços de atenção à saúde, por exemplo.

## 1.2.2 Condições de vida e de moradia

A extrema pobreza no Brasil, marcada pela falta de saneamento básico e pela precariedade das moradias, é um desafio para conter a transmissão do vírus. Como as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde são a higienização das mãos, superfícies e alimentos, além de etiqueta respiratória, distanciamento social e isolamento, na realidade brasileira, é difícil ter condições econômicas e materiais para se prevenir.

Como conseguir realizar uma adequada higienização, se 31,1 milhões de brasileiros (16% da população) não têm água fornecida por meio da rede geral de abastecimento; 74,2 milhões (37% da população) vivem em áreas sem coleta de esgoto e outros 5,8 milhões não têm banheiro em casa? Como realizar o isolamento social, manter, no mínimo, um metro de distância de cada pessoa, se 11,6 milhões de brasileiros (5,6% da população) vivem em imóveis com mais de três moradores por dormitório, o que é considerado adensamento excessivo?(SILVEIRA, 2020).

A segregação racial na cidade, analisada no Caderno 1, “EJA, Espaço e Cultura: Direito à Cidade”, compromete o direito à saúde, pois a maioria das pessoas negras reside historicamente na periferia, em locais, não raro, insalubres e em condições precárias. As favelas e bairros segregados não possuem acesso a serviços básicos de saneamento, água potável e equipamentos de saúde (postos de saúde, farmácias, parques e espaços de lazer), contribuindo para a maior exposição a fatores de risco, resultando no acúmulo de agravos à saúde (BRASIL, 2017; IBGE, 2019).



Figura 1.4 - Homem com máscara feita de sacola plástica em Johannesburgo, África do Sul.

Foto: Themba Hadebe/AP Photo

Além da dificuldade do acesso à saúde, a segregação racial também amplia as desigualdades em relação ao *status* socioeconômico, limitando o acesso à educação e ao emprego (WILLIAMS; COLLINS, 2001). Durante a pandemia, tais discrepâncias de oportunidades agravaram-se, com a elevação da taxa de desemprego. Importante registrar que, já no início do isolamento, subiu para 1,2 milhão o número



de pessoas desempregadas, sendo que a taxa maior incidu sobre as mulheres, 14,5%, enquanto a taxa de desemprego entre os homens chegou a 10,4% (IBGE, 2020).

Para amenizar a situação vulnerável em meio ao agravamento da crise socioeconômica no país, foi criado o auxílio emergencial. Trata-se de um benefício financeiro destinado aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais (MEI), autônomos e desempregados e tem como objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia da covid-19. O auxílio, no valor de R\$ 600,00, será pago de abril até dezembro de 2020, para até duas pessoas da mesma família. Para as famílias chefiadas apenas pela mulher, o valor pago, mensalmente, será de R\$1.200,00 (SAMPAIO, 2020).

Conquanto tenha sido recebido como um “alívio” para muitas famílias que tiveram suas rendas afetadas pelo novo contexto imposto pela pandemia, há que se destacar as dificuldades de acesso ao recurso emergencial, tema de reportagem de Costa (2020). Essas dificuldades ocorrem por três razões, a saber: a) de acordo com dados divulgados em maio de 2018, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 11,5 milhões de pessoas, com idade acima de quinze anos, analfabetas no Brasil; o que significa dizer que 7% da população brasileira permanece alijada, pelo menos diretamente, dos bens culturais advindos da cultura letrada. Vale a pena destacar que a taxa de analfabetismo é inferior à meta de 6,5%, estabelecida pelo Plano Nacional de Educação de 2015 (IBGE, 2017). Assim, o acesso ao auxílio emergencial esbarrou na questão do analfabetismo; b) outro ponto que não pode ser esquecido é a exclusão digital, que se dá de variadas maneiras, pela limitação ao acesso a *smartphones*, computadores, internet e por analfabetismo digital (dificuldades de como usar o *app*). Logo, a exclusão digital é um dos reflexos da exclusão social, ferindo, assim, a cidadania digital de grande parte da população; c) por fim, temos que destacar que não ocorreu nenhuma orientação para o preenchimento do cadastro e são recorrentes as reclamações sobre a não aprovação do benefício (mesmo para aqueles que se enquadram nos requisitos), a demora para a análise e aprovação ou a dificuldade em acessar os aplicativos de transferência do recurso. Ademais, há outros problemas para além do campo virtual. Para acessar o recurso emergencial, a população tem que enfrentar longas filas, aglomerações na frente das agências e, muitas vezes, não é respeitado o distanciamento social.

Percebemos, assim, como a governança afeta diretamente as condições de vida e de acesso à fonte de renda ou não. Deste modo, voltamos a refletir: uma vez que grande parte da população teve sua renda afetada,

QRCode 1.11  
- Cidadania  
digital



QRCode 1.12 -  
Exclusão digital  
é assunto em  
evidência na  
população Bra-  
sileira



haverá dificuldade para realizar a etiqueta respiratória e a higienização de forma eficaz. Afinal, como ter acesso a máscaras, sabão e álcool em gel 70% em um país tão desigual? Como adaptar todas as recomendações, tendo em vista as diferentes realidades presentes no Brasil?

Para saber mais, assista ao vídeo “Covid-19 nas comunidades”, realizado pela COVID-19 DivulGAÇÃO Científica, junto da pesquisadora Regina Flauzino, da Universidade Federal Fluminense.



*Figura 1.5 - Mulher indígena Yanomami antes de colocar a máscara de proteção em Alto Alegre- Roraima. Foto Joédson Alves.*

QRCode 1.13



### 1.2.3 Suporte social e comunitário

Vimos que a realidade de moradores de vilas e favelas está mais fragilizada. Com a falta de suporte que dê conta das demandas das famílias, muitos moradores estão se mobilizando para suprir as necessidades de suas comunidades no contexto de pandemia. Em Belo Horizonte, lideranças comunitárias criaram estratégias para tentar conter o avanço da covid-19.

Entre elas: mapeamento das famílias vulneráveis, divulgação de dicas de higienização, distribuição de cestas básicas e kits de higiene e assistência psicológica.

As ações de solidariedade são realizadas por diferentes instituições e colaboradores. Uma delas é coordenada pela Central Única das Favelas de Minas (Cufa Minas), cujo objetivo é adquirir alimentos e produtos de higiene para cerca de três mil famílias, em 150 favelas do estado. Em entrevista ao jornal Estado de Minas, Francis Henrique, presidente da Cufa Minas, afirma que “as ações são importantes para que as pessoas tenham condições de permanecer em casa. Elas precisam ter comida e condições higiênicas para se prevenir. Nossa ação visa dar amparo para essas famílias e contribuir com o seu bem-estar” (CRUZ, 2020, n.p.).

Outra mobilização é realizada no Morro das Pedras, local onde Jhutay Nogueira e toda sua família participam de projetos de solidariedade há 22 anos. Para eles, o trabalho de solidariedade tem “como missão transformar nossas dores em ação. Em situação de pandemia ou chuva, toda vez que acontece uma tragédia, quem sofre mais é a periferia. Para se ter uma ideia das últimas chuvas, até hoje, temos pessoas que não têm onde ficar” (CRUZ, 2020, n.p.). Com esses exemplos de mobilização comunitária, percebemos que integração social, familiar e redes de amizade exercem um papel fundamental para ações de promoção e prevenção de saúde. Ademais, realizar ações compartilhadas de cuidado (como as ações solidárias e de cuidado familiar e comunitário) evoca a sensação de pertença social e ajuda no bem-estar psicossocial e no enfrentamento à covid-19.



*Figura 1.6 - Ação da Cufa Minas leva cestas básicas aos moradores. Foto: Tranquilo Boys Filmes/Divulgação.*



## 1.2.4 Política de Assistência Social no contexto de pandemia da covid-19 - Prefeitura de Belo Horizonte

Adriana Nogueira Araujo  
Maria do Socorro Lages Figueiredo

Devido a imposições referentes ao distanciamento social, promovido em razão da necessidade de contenção do contágio da covid-19, diversas ações da Prefeitura de Belo Horizonte precisaram ser suspensas ou replanejadas, trazendo limitações de acesso aos equipamentos públicos. Nesse contexto, considerando a necessária proteção à vida como objetivo primordial, mas também no sentido de oportunizar mais dignidade à população que reside em áreas de alta vulnerabilidade social ou em situação de rua, a Prefeitura vem realizando inúmeras ações, num esforço coletivo e intersetorial, de modo a viabilizar o atendimento às necessidades dos cidadãos, numa perspectiva integral.

Com a suspensão das atividades escolares presenciais, como ação em substituição à alimentação escolar, foi viabilizada a distribuição de cestas básicas<sup>5</sup>, mensalmente, às famílias de todos os estudantes de escolas municipais, abrangendo a educação infantil, o ensino fundamental e a educação de jovens e adultos, bem como os matriculados em instituições de educação infantil da rede conveniada.

Esse primeiro movimento, de distribuição de cestas para as famílias de estudantes, acabou por ser ampliado para outros públicos em situação de vulnerabilidade econômica ou social, tendo como referência os cadastros oficiais do município, com o objetivo de evitar a insegurança alimentar das famílias. Na ampliação da oferta, além da cesta básica, a população residente em vilas, favelas e ocupações urbanas; os povos e comunidades tradicionais e os catadores de materiais recicláveis também passaram a receber, por meio de um representante familiar, um kit de higiene<sup>6</sup>.

A entrega de cestas básicas e kits de higiene busca contribuir para que as famílias tenham melhores condições para se manter em isolamento social, especialmente aquelas que tiveram o acesso à renda prejudicado.

Ainda na perspectiva de prevenção e de contenção do contágio pela covid-19, foram distribuídas máscaras de proteção para a população de vilas e favelas<sup>7</sup>. Essa ação tem um viés também educativo, pois alerta sobre a

<sup>5</sup> Informações disponíveis em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/cestas-basicas-para-publicos-vulneraveis>. Acesso em 08 de ago. 2020.

<sup>6</sup> Idem

<sup>7</sup> Informações disponíveis em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-faz-entre>

necessidade da proteção pessoal para não contrair a doença, demonstrando o cuidado consigo mesmo e com o outro, tendo em vista a responsabilidade social de proteção da própria comunidade. Os centros de saúde também disponibilizaram orientações de como usar, lavar e, assim, reutilizar, com segurança, as máscaras de proteção.

Em razão do isolamento social, o Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI) que, antes da pandemia, recebia diariamente cerca de 280 idosos para atividades culturais, de lazer e promoção da saúde, passou a interagir e acompanhar essas pessoas de maneira remota<sup>8</sup>. Esse novo modelo de atendimento visa à manutenção dos vínculos com os usuários do serviço, de modo que os técnicos continuam realizando os atendimentos por telefone ou nos grupos de convivência, pelo Whatsapp. Além disso, têm sido disponibilizados aos idosos atendidos, de modo virtual, oficinas temáticas, vídeos informativos, aulas de música, artes, teatro e atividades físicas.

Algumas ações de orientação a adolescentes e jovens com trajetória de vida nas ruas têm sido desenvolvidas<sup>9</sup>, no contexto da pandemia, com o objetivo de sensibilização sobre os riscos à saúde trazidos pela covid-19. As atividades visam orientar sobre os cuidados a serem tomados para evitar a transmissão do vírus, conscientizar sobre os sintomas da doença e monitorar de perto o surgimento de suspeitas ou confirmações de contaminação pelo Coronavírus, de modo a viabilizar respostas rápidas e eficientes para esses casos. As ações acontecem em praças públicas, locais de convivência dessas pessoas. Nas visitas, as equipes técnicas viabilizam a higienização das mãos da população com água e sabão e álcool, além de oferecerem lanche. Tais ações são potencializadas, pois as equipes conversam com os participantes e verificam suas necessidades sociais, promovendo a necessária acolhida das demandas apresentadas.

Ainda na perspectiva de proteção social integral, foi iniciado um novo serviço de acolhimento provisório e emergencial para pessoas em situação de rua e outras vulnerabilidades sociais com suspeita ou confirmação de contaminação pelo coronavírus. Realizado em parceria com o Instituto de Promoção Social e Humana Darcy Ribeiro<sup>10</sup> e oferecido nas instalações

ga-de-mascaras-para-populacao-de-aglomerados. Acesso em 08 de ago. 2020.

<sup>8</sup> Informações disponíveis em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-leva-musica-em-casa-para-pessoas-idosas>. Acesso em 08 de ago. 2020.

<sup>9</sup> Informações disponíveis em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-faz-acao-educativa-com-jovens-em-situacao-de-rua-para-combater-o-coronavirus>. Acesso em 08 de ago. 2020.

<sup>10</sup> Informações disponíveis em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-inicia-servico-de-cuidados-para-pessoas-em-situacao-de-rua-no-sesc>. Acesso em 08 de ago. 2020.

QRCode 1.14  
Confira a reportagem sobre a iniciativa da Secretaria de Educação de BH em relação à entrega das cestas básicas para estudantes da Rede Municipal de Educação.



do Sesc Venda Nova, parceiro essencial da iniciativa, o serviço tem capacidade de atendimento de até 300 pessoas por dia e segue os protocolos assistenciais de saúde, incluindo refeições, além de uma rotina de cuidados, monitoramento da condição de saúde e trabalho social necessário. São disponibilizadas unidades habitacionais, roupas de cama e banho, serviços de lavanderia e itens de higiene diários e individuais.

Caso a pessoa em situação de rua apresente sintomas da covid-19, ela é encaminhada à Unidade Básica de Saúde ou à Unidade de Pronto Atendimento mais próxima. Após o primeiro atendimento pela equipe de saúde, se necessário o isolamento social domiciliar, o paciente é encaminhado, via o sistema de transporte em saúde, para o acolhimento provisório e emergencial na unidade do Sesc.

### 1.2.5 Ações e equipamentos públicos com prestação de outros serviços necessários

É importante informar sobre outras ações, implementadas em períodos anteriores ao contexto de pandemia, em equipamentos públicos ou por meio de atendimento virtual.

a) **Centro de Atendimento à Mulher (CIAM):** acolhe mulheres em situação de vulnerabilidade social com trajetória de vidas nas ruas, em uso prejudicial de álcool e outras drogas e em situação de violência doméstica. O CIAM tem capacidade para atender de 25 a 30 mulheres e oferece espaço para higiene pessoal, refeições além de outras ações que visam a promoção de direitos por meio das diversas políticas públicas municipais. Além disso, são realizadas atividades de prevenção e promoção da saúde, a partir da estratégia de redução de danos, na perspectiva de proteção social integral. No CIAM, funciona, inclusive, uma turma de EJA, que iniciou o atendimento em 2019.

**Funcionamento:**

segunda a sexta, das 13h às 18h.

Rua Itapecerica, 632 – Lagoinha (31) 3246-7562

b) **Centro Especializado de Atendimento à Mulher - Benvinda:** referência para as mulheres em situação de violência que tem como objetivo principal contribuir para a consolidação do programa de enfrentamento da violência por meio de estratégias de atendimento que visam ao fortalecimento da mulher e a compreensão e prevenção

dessa violência, bem como da articulação em rede de serviços públicos para atendimento a mulheres. Os atendimentos e as orientações jurídicas buscam criar condições para que as mulheres construam, com o suporte das profissionais, possibilidades de ruptura com a violência que vivenciam.

**Funcionamento:**

segunda a sexta-feira, 9h às 17h.

Rua Hermilo Alves, 34 - Santa Tereza (prox. a Avenida do Contorno)  
(31) 98873-2036

**c) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF):**

ofertado nos CRAS e desenvolve trabalho social com famílias, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; promover acesso e usufruto de direitos; disponibilizar espaços coletivos de escuta e troca de vivências; além de prever o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias. Para conhecer e ter acesso a mais informações: <https://servicos.pbh.gov.br/servicos/i/5e53d04de1bf5e706bf94475/servicos+servico-de-protecao-e-atendimento-integral-a-familia-paif>.

**d) Serviço de Atenção ao Migrante:** além de disponibilizar vagas nos abrigos municipais, fornece passagens de ônibus para os cidadãos retornarem às suas cidades de origem. O atendimento é ofertado por uma equipe que acolhe, orienta e encaminha cada cidadão de acordo com a demanda apresentada.

**Funcionamento:**

Centro de Referência da Juventude

Rua Guaicurus, 50 – Centro/Praça da Estação

(31) 3277-4356

**e) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias:**

atende pessoas com deficiência, idosos e suas famílias fora das áreas de abrangência dos CRAS, na perspectiva de promover a inclusão social destes cidadãos e possibilitar o fortalecimento de vínculos familiares, por meio do acompanhamento sociofamiliar no domicílio e da articulação com a rede de atendimento a esses usuários.

**Funcionamento:**

Gerência de Gestão dos Serviços da Proteção Social Básica

(31) 3277-4532

f) **Centro de Referência da População de Rua (Centros POP's):** é um serviço ofertado para adultos que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar o Serviço Especializado à População em Situação de Rua; realizar o atendimento e promover atividades direcionadas para o desenvolvimento pessoal e social; facilitar o acesso a outras políticas públicas, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

**Funcionamento:**

3 unidades de atendimento

Rua Além Paraíba, 101, Bairro Lagoinha

Av. do Contorno, 10.852 - Bairro Barro Preto

Rua Conselheiro Rocha, 351 - Bairro Floresta

g) **Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências - Defesa civil.**

**Funcionamento:**

Rua dos Goitacazes, 1752, Bairro: Barro Preto – Disque 199

h) **Plantão Sepultamento - Centro de Referência da Juventude**

**Funcionamento:**

segunda a sexta-feira.

Rua Guaicurus, 50 - Centro, das 8h às 17h.

Aos finais de semana:

Rua dos Tupis, nº 149 - 1º andar - Centro, das 8h às 17h. Telefones:  
(31) 3277-4345 - (31) 3277-9834

### 1.2.6 Acesso a serviços de atenção à saúde

A covid-19 evidenciou a situação de desigualdades e vulnerabilidades na população brasileira, com as altas taxas de desemprego e os cortes nas políticas sociais. Mas, essa situação já ocorre há algum tempo, especialmente após a aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016 (BRASIL, 2016), que congelou os gastos da União com despesas da educação, assistência social e saúde por 20 anos. Werneck e Carvalho (2020) acreditam que com o novo e incerto cenário, percebemos a importância, para o país, de ter o Sistema Único de Saúde (SUS) que garanta o direito universal à saúde.

Somados às desigualdades socioeconômicas e à falta de investimentos, têm-se o desafio sanitário em escala global; a ausência de uma vacina ou medicamentos específicos para a covid-19; a alta taxa de disseminação do vírus e a falta de estratégias e ações de mitigação e suporte social, que resultaram no aumento da taxa de ocupação dos leitos de UTI do SUS e na capacidade da doença de provocar mortes em populações mais vulneráveis.

Apesar da situação delicada que o sistema de saúde público está enfrentando, Mendonça *et al.* (2018) chamam nossa atenção quando afirmam que o SUS é um dos modelos de sistemas de saúde mais robustos do mundo, visto que possui uma rede constituída por diferentes níveis de atenção. Como, em relação à covid-19, cerca de 80% dos casos são leves, grande parte das pessoas procura a rede básica primeiro, consequentemente, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel importante no enfrentamento à doença.

A APS, de acordo com o Portal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), é o primeiro nível de atenção em saúde e destaca-se pelo seu alto grau de descentralização e capilaridade no território. É constituída por um conjunto de ações de saúde, do âmbito individual ao coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, entre outras atividades que têm como objetivo desenvolver uma atenção integral de impacto positivo. A atuação da APS realiza-se por meio de diversas estratégias governamentais estabelecidas para o atendimento ao público. Uma delas é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a atuação das/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS).

Apesar de apresentar entraves, como problemas de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos. A forma como este equipamento funciona influencia significativamente na redução de mortalidade e desigualdades em saúde, junto de outras ações de proteção social. Dessa forma, é considerada um importante pilar frente a situações emergenciais, uma vez que possui e constrói, constantemente, um conhecimento sobre o território; o vínculo com as/os usuárias/os e o monitoramento das famílias vulneráveis.

Este equipamento é importante para realizar os acompanhamentos dos casos suspeitos e leves da doença, uma estratégia de conter a pandemia e controlar o quadro de saúde dos sujeitos acometidos por ela, para que a situação não se agrave. E, além da covid-19, é na APS que as pessoas vão procurar assistência quanto a incertezas e desdobramentos provocados por esse cenário, como o isolamento social prolongado, a precarização da vida social e econômica, a fragilidade da saúde mental, a violência doméstica e o alcoolismo. Nesse sentido, estamos diante de uma situação

que vai exigir da APS atuação na linha de frente, não só agora, como no momento pós-pandemia.

Portanto, a Atenção Primária à Saúde deve ser fortalecida e estruturada, para oferecer suporte nas respostas à epidemia de covid-19 no país. Destacamos que, além da saúde, outras áreas precisam de investimentos para diminuir as vulnerabilidades da maior parte da população, afinal ações intersetoriais são fundamentais para a mudança da realidade. Precisamos pensar a saúde de maneira ampla, entendendo que ela não se resume a leitos hospitalares e medicamentos, mas compreende aspectos como proteção social, políticas públicas, combate ao racismo, entre outras mudanças na realidade dos determinantes sociais de saúde. Somente assim, o SUS ficará mais capacitado, com maior capilaridade e impacto.

### 1.2.7 Comunicação e *fake news*

A interação social é fundamental, como visto anteriormente. Percebemos, assim, a importância da comunicação, principalmente em um contexto em que informações corretas precisam circular. A informação constitui processos sociais, organiza as relações na sociedade e, inevitavelmente, é um determinante social da saúde, na medida em que impacta o direito à saúde e todos os processos sociais, culturais e políticos relacionados com o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Em um contexto de pandemia e crise política, econômica e sanitária, as informações sobre a nova doença e o novo vírus devem ser corretas e passar credibilidade. Infelizmente, percebemos que existem muitas *fake news* relacionadas à covid-19 e ao vírus Sars-Cov-2. *Fake news* ou notícias falsas são conteúdos que podem ter informações parciais, distorcidas, fora de contexto ou completamente erradas. Esse tipo de conteúdo circula entre nós há bastante tempo, mas passamos a dar mais atenção aos riscos que pode causar devido à pandemia. Cada vez mais, ficamos dependentes de utilizar serviços e procurar informações via internet. Então, todos os dias nos esbarramos em golpes, notícias falsas e, com isso, acabamos nos sentindo mais vulneráveis, confusas/os e perdidas/os com tantas informações desencontradas sobre essa doença.

Um recente estudo, conduzido pelas pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública Cláudia Galhardi e Maria Cecília de Souza Minayo, identificou as principais *fake news* relacionadas à covid-19 e recebidas pelo aplicativo “Eu Fiscalizo”, entre março e maio de 2020, no Brasil (FIOCRUZ,



2020). O estudo aponta que 15,9% das notícias analisadas entre 17 de março e 13 de maio se referem à doença como uma farsa. Para a pesquisadora Cláudia, essas informações colocam vidas em risco, contribuem para o descrédito da ciência e das instituições globais de saúde pública, bem como enfraquecem as medidas adotadas pelos poderes públicos no combate à doença e à disseminação do vírus.

A primeira etapa da pesquisa, realizada com as *fakes* recebidas entre 17 de março e 10 de abril, revela que 65% das notícias falsas ensinam métodos caseiros para prevenir o contágio da covid-19; 20% mostram métodos caseiros para curar a doença; 5,7% referem-se a golpes bancários; 5% referem-se a golpes sobre arrecadações de recursos para instituição de pesquisa e 4,3% referem-se ao novo coronavírus como estratégia política.

Já a segunda fase, realizada entre 11 de abril e 13 de maio, aponta que 24,6% afirmam que a doença é uma estratégia política; 10,1% ensinam métodos caseiros para prevenir o contágio do vírus; 10,1% defendem o uso de cloroquina e hidroxicloroquina, sem comprovação de eficácia científica e 7,2% são contra a recomendação do distanciamento social. Além disso, 5,8% ensinam métodos caseiros para curar a doença; 5,8% afirmam que o novo coronavírus foi criado em laboratório; 4,3% declaram o uso de ivermectina como cura para a doença; 4,3% são contra o uso de máscaras e 2,9% difamam os profissionais de saúde.

No mesmo período, os percentuais mais baixos, menos de 3%, eram notícias *fakes* relacionadas a questionamentos quanto ao uso de álcool em gel; declarações do novo coronavírus como teoria conspiratória; difamação de políticos; declaração de alteração no atestado de óbito de parentes para covid-19 ou consistiam em charlatanismo religioso, com tentativa de venda de artefatos para a cura da doença.

Tendo em vista a gravidade da disseminação das notícias falsas, Perseguin *et al.* (2020) nos alertam que é fundamental saber **como se prevenir e verificar as informações**.

a) **Desconfie das notícias bombásticas:** geralmente, elas estão nas redes sociais (como Whatsapp, Facebook, Instagram e Youtube) e mexem com nossas emoções, gerando muita alegria (como ganhar um prêmio ou um auxílio gás) ou muita raiva e revolta (como a corrupção de algum político). Algumas chegam até a pedir para enviar para todos os seus contatos. Desconfie, provavelmente, são informações distorcidas que provocam fortes emoções justamente para que você compartilhe.



b) **Verifique a informação e o autor:** para saber se a informação é confiável, busque conferir se é um veículo de mídia reconhecido ou um dado oficial. Sites confiáveis costumam ter um desenho de cadeado fechado onde encontramos o endereço da página.

c) **Procure em outra fonte:** não é recomendado confiar em uma única fonte. Veja se outros veículos de comunicação compartilharam a mesma notícia e se chegaram a conclusões parecidas.

d) **Leia toda a notícia:** preste atenção se o texto informa as fontes primárias da notícia, com dados devidamente pesquisados por universidades ou instituições reconhecidas e se estão atualizados.

e) **Caso desconfie, não compartilhe:** controle o impulso e não compartilhe antes de fazer uma leitura crítica e verificar se a notícia é verdadeira.

Além de saber verificar e se prevenir para não compartilhar *fakes*, é necessário saber **o que fazer se cair e compartilhar.**

a) Se você já foi vítima de alguma notícia falsa, não tenha medo ou vergonha de assumir, pois qualquer um pode passar por isso.

b) Avise aos seus grupos de amigos e familiares que o conteúdo que você compartilhou estava errado e repasse a informação correta.

c) Sempre que vir alguma *fake news*, avise a pessoa que a compartilhou, se possível. Alerta que a informação não está correta, sempre usando fontes confiáveis para argumentar.

É importante saber que existem formas de se **proteger de golpes e fake news.**

a) **Não compartilhe seus dados:** essa dica é básica, mas vale sempre reforçar que nunca devemos compartilhar dados como CPF, RG, dados bancários e do cartão de crédito, sem necessidade.

b) **Desconfie de sites de promoções mirabolantes ou links de doações e prêmios:** criam isso com o objetivo de nos atrair para links e sites perigosos. Ao preencher nossos dados, eles os utilizam para realizar compras, empréstimos e cometer diversos crimes envolvendo nossos dados.

c) **Não baixe aplicativos desconhecidos:** trabalhamos cada vez mais com o celular, deixando quase nossa vida toda registrada nele. Com isso, corremos o risco de ter o nosso celular clonado, dando

QRCode 1.14  
Para Saber  
mais, leia  
“Pandemia de  
desinformação:  
Fake News so-  
bre COVID-19  
colocam vidas  
em risco”



QRCode 1.15  
Ou assista ao  
vídeo “Boletim  
Corona – FAKE  
NEWS e CO-  
VID – 19”, com  
a diretora de  
conteúdo da  
Agência Lupa,  
Natália Leal.



total acesso aos nossos dados e à nossa rotina, de modo que oportunistas podem facilmente aplicar golpes no dono do celular ou em seus contatos.

d) **Verifique se é verdadeiro e denuncie:** Para conferir, tirar as dúvidas e denunciar indicamos os seguintes perfis:

Boatos.org - <https://www.boatos.org/?s=covid-19&fromt=yes>

E-farsas - <https://www.e-farsas.com/?s=covid-19>

Agência Lupa - [https://www.instagram.com/agencia\\_lupa/](https://www.instagram.com/agencia_lupa/)

Fato ou Fake - <https://g1.globo.com/fato-ou-fake/>

e) **Procure fontes confiáveis sobre a covid-19.** Para obter informações seguras, atualizadas e tirar as dúvidas com relação à doença, indicamos os seguintes sites:

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): <https://portal.fiocruz.br/>

Organização Pan-Americana da Saúde - OMS Brasil (OPAS-OMS): <https://www.paho.org/bra/>

Organização Mundial de Saúde (OMS): <https://www.who.int/en/>

***Informações verificadas e procedimentos de biossegurança são as melhores formas de prevenção e combate ao novo coronavírus.***

### 1.3 Sequência Didática - Covid-19

Laura A. Oliveira Palhares  
Sâmella S. De Andrade  
Laiz Cristina S.  
Matheus R. Teixeira

A pandemia gerada pela covid-19 mudou toda uma estrutura social cotidiana e teve graves efeitos em diversos âmbitos, tanto na esfera econômica, familiar, no mercado de trabalho, quanto na educação. Todas essas mudanças geram medo, ansiedade e insegurança. Entretanto, essa crise de saúde não afetou, de forma homogênea, todas as classes sociais.

Os jovens e adultos alunos da EJA enfrentaram inúmeros desafios, tendo em vista a necessidade de adaptação forçada à precarização de um merca-

do de trabalho já antes defasado; à exposição aos perigos do vírus, pela necessidade de sustento, à falta de informação por parte de veículos estatais e aos obstáculos que surgiram diante de uma forma completamente nova de se relacionar com o aprendizado. É necessário entender o que os alunos viveram, quais as suas dificuldades e temores, como foram afetados e, principalmente, prepará-los para as novas formas de interação e convivência pós-pandêmicas, contribuindo para a promoção da segurança dos mesmos.

*Objetivos de aprendizagem:*

- conscientizar os alunos sobre os novos protocolos de segurança, para evitar contaminações;
- trabalhar os sentimentos de ansiedade e medo, trazidos pela pandemia;
- expor a variação das vivências de uma pandemia, de acordo com a classe social, dentro de uma sociedade desigual e repleta de privilégios;
- traçar a geografia da disseminação do vírus, relacionando-a com as disparidades sociais presentes em uma cidade.

## **AULA 1 - Dificuldades enfrentadas na pandemia**

*Organização da turma:* em círculo.

*Objetivos da aula:*

- conscientizar os alunos sobre os novos protocolos de segurança;
- trabalhar os sentimentos de ansiedade e medo trazidos pela pandemia;
- entender os impactos da disseminação do vírus em relação às desigualdades de classe social.

*Contextualização:* A pandemia da covid-19 exigiu a adaptação de inúmeros setores à nova realidade, para que seguissem em atividade. Com a educação não foi diferente, nesse novo contexto, as instituições públicas e privadas passaram a elaborar estratégias de ensino a distância. Tais arranjos trouxeram à tona a imensa disparidade no que diz respeito ao acesso às ferramentas tecnológicas necessárias para o ensino remoto. A falta de materiais apropriados, como aparelhos eletroeletrônicos, acesso à internet,

conhecimento sobre o uso de ferramentas, tais como os aplicativos ou as plataformas de pesquisa e de interação, somaram-se à carência de um material didático adaptado às dificuldades próprias dos alunos da EJA e à mudança significativa na dinâmica familiar, uma vez que a maioria das famílias não dispõe de um ambiente ideal para a aprendizagem. Essas situações fazem com que a plena realização das atividades remotas, que deveria ser um direito de todos, se transforme em mais um privilégio social.

*Desenvolvimento:* Convide as/os alunas/os a formar um círculo, garantindo, assim, o contato visual entre todos os sujeitos presentes. Inicie uma conversa sobre como eles viveram nesses últimos tempos, como lidaram com a pandemia para trabalhar e estudar. Em seguida, leia com as/os alunas/os, o relato de experiência desse capítulo. Ele apresenta o cotidiano da jovem Daiana e de sua família durante a pandemia da covid-19. O texto aborda as dificuldades para estudar em casa, tendo em vista a existência de mais de uma pessoa fazendo uso de dispositivos eletrônicos que são compartilhados. Além disso, a casa de Daiana possui poucos cômodos. Trata-se de um espaço pequeno, que obriga todos os membros a ocuparem os mesmos locais. Uma outra questão trazida por Daiana diz respeito à localização de sua casa, pois o seu “quintal tratava-se do anel rodoviário”. O relato evidencia a escassez de recursos tecnológicos e a precarização do espaço de moradia, o que dificulta a construção de um ambiente adequado para o estudo e a aprendizagem. É importante notar que essa é a realidade que se aplica à maioria das/os discentes da EJA.

Após a leitura do texto, dialogue com as/os estudantes sobre as dificuldades que vivenciaram durante o período pandêmico, incluindo as questões emocionais. Se a escola tiver alguma parceria com instituições de ensino superior, pode-se pedir que a aula seja acompanhada por um estudante ou um profissional da Psicologia. É muito importante ressaltar que a/o docente da EJA, normalmente, não conta com formação adequada para a realização de uma análise psicológica. Por isso, cabe a essa professora ou esse professor apenas a realização de um diálogo com a turma sobre as dificuldades geradas pela pandemia do coronavírus. Propomos a construção de um espaço sensível de reflexão acerca das vivências dos sujeitos da EJA, buscando, assim, a conscientização acerca da realidade sociopolítica dos mesmos, bem como a construção de teias de sensibilidade que promovam um ambiente de ensino transmissor do sentimento de segurança, de bem-estar e de reflexão crítica para os sujeitos envolvidos.

## AULA 2 - Entendendo e se protegendo do vírus e de *fake news*.

*Materiais necessários* : máscara, cartilha<sup>11</sup> sobre prevenção covid-19, texto com algumas *fake news* sobre a covid, tabela do “Quiz do Corona: é fato ou *fake news*”?<sup>12</sup>

*Organização da turma*: em círculo.

*Objetivos da aula*:

- compreender o conceito de vírus e de bactéria;
- compreender o funcionamento de uma vacina;
- compreender e constatar os conceitos de *Fake News* e de fato;
- reconhecer as principais medidas de prevenção contra a covid-19.

*Contextualização*: O uso contínuo da máscara em locais de interação social, a higienização das mãos e das superfícies de contato, com álcool em gel ou sabão, são alguns dos cuidados que a população deve ter para evitar a propagação da covid-19, tendo em vista a iminência de novas ondas da pandemia, causadas pela mutação do vírus e pelo afrouxamento das medidas de higiene e segurança. Outro agravante diz respeito ao nosso sistema de saúde público que, infelizmente, não possui capacidade de atender todos ao mesmo tempo. Apesar disso, é importante destacar que o SUS é indispensável e de grande importância para o nosso país. Mesmo não contando com todos os recursos necessários para o seu pleno funcionamento, ainda é o órgão que garante a democratização da saúde e que trabalha no sentido de ampliar a qualidade de vida da população, através de um atendimento médico humanizado.

Para evitar novas ondas de contaminação pela covid-19, é necessário saber como a propagação da doença acontece, assim como as possíveis formas de prevenção. Portanto, precisamos compreender como funciona a vacina, que é a principal candidata no combate à covid-19. Isso porque a vacina, através da injeção do microrganismo morto ou fragilizado no organismo, cria anticorpos para combater o mesmo e imuniza o indivíduo.

Diante da importância da obtenção de informação correta para a sobrevivência e o combate ao vírus, faz-se necessária a reflexão sobre o tipo

QRCode 1.16  
Quiz da covid-19



*A vacina é composta por uma pequena parte do vírus ou da bactéria, morta ou viva e inativos, que é colocada no corpo, por meio de injeções ou de forma oral. A exposição por meio de vacinas não causa a doença, mas estimula o sistema imunológico do corpo humano. Os “vírus ou bactérias inativas no organismo e fazem com que o sistema imunológico reconheça agentes que causam doenças produzindo anticorpos que evitam as doenças causadas por esses microrganismos.”*

*De acordo com a página da web do ministério da saúde.*

<sup>11</sup> Cartilha promovida pelo governo do estado de Minas Gerais em anexo.

<sup>12</sup> Jogo disponível em: <https://dorconsultoria.com.br/coronavirus/quiz/>. Acesso em: 13 jul. 2020. [Você também pode utilizar o QRCode 1.1 para acessar a página.](#)

QRCode 1.17  
- Vírus e bactérias



QRCode 1.18-  
Reportagem da  
fake news do  
uso da ivermectina



QRCode 1.19  
- vídeo sobre  
como lidar com  
notícias falsas.



de informação a que os estudantes da EJA possuem acesso. Graças ao advento da *internet* e das redes sociais, a era da informação rápida e acessível teve como efeito colateral o advento das *fake news*, informações falsas sobre algum tópico da realidade e que atuam no sentido de criar caos social e pânico populacional, por meio de orientações falsas que colocam em risco o bem-estar das pessoas.

*Desenvolvimento:* Inicie a aula abrindo uma conversa com as/os educandas/os, questione se sabem quais são os procedimentos corretos para se proteger do *coronavírus*, se usam máscara ou álcool em gel quando saem de casa. Pergunte se já ouviram falar de algum meio para chegar à cura da doença e onde ouviram. Em seguida, questione se sabem a diferença entre vírus e bactérias. A partir disso, explique às/aos estudantes como estes microorganismos se comportam.<sup>13</sup>

Depois de esclarecida a diferença entre vírus e bactérias, apresente algumas formas de tratamento usadas no combate a esses microrganismos. Também é importante ressaltar, durante a aula, a necessidade de vacinação, reconhecendo-a como um meio de imunização e prevenção de doenças.

Em seguida, aborde em sala as *fake news* que estiveram em alta durante o momento pandêmico, trazendo informações falsas sobre prevenção e cura para a covid-19. Como exemplos de *fake news* altamente divulgadas, tem-se: o uso de água oxigenada para prevenir o novo coronavírus ou o uso da *Ivermectina* (vermífugo), como uma droga que curaria as pessoas infectadas. Além dessas, várias outras surgiram e surgem cotidianamente, algumas incluem mudanças de hábitos alimentares como garantia de não infecção.

Seguindo adiante, refute as *fake news* anteriormente apresentadas. Tomando como primeiro exemplo água oxigenada, essa substância não pode ser usada para matar vírus algum, incluindo o causador da covid-19, pois ela é um oxidante que tem a capacidade de matar apenas microrganismos anaeróbicos (aqueles que não necessitam de oxigênio para se desenvolver e são incapazes de tolerar a presença do elemento). Seguindo em frente, com a desmitificação das *fake news*, esclareça que o uso da *Ivermectina*, um medicamento usado para verminoses, não tem qualquer comprovação científica de promoção da cura da doença.

Também não existem estudos que comprovem a existência de um alimento que garanta a não infecção ou a cura da covid-19. O benefício que se pode obter através dos alimentos é a manutenção do sistema imunológico,

<sup>13</sup> Podem ser utilizadas as definições apresentadas nos livros didáticos de ciências do ensino fundamental 2.



por meio de uma dieta saudável, facilitando sua resposta a organismos externos.

Para prevenir a covid-19, é necessário saber os meios pelos quais ela se propaga (pelo ar, gotículas e secreções e contato com superfícies contaminadas) e como evitá-la. Por isso, pergunte às/aos alunas/os se conhecem as recomendações feitas para prevenção de contágio do vírus e, a partir disso, reforce a importância da higienização das mãos com álcool ou água e sabão (certifique-se de exemplificar como se faz a lavagem correta delas); da utilização de máscaras, sempre que estiver fora de casa, trocando-as de duas em duas horas ou quando estiverem úmidas e tocando-as apenas por meio de seu elástico; de ficar, no mínimo, a um metro de distância das pessoas e, ao tossir e/ou espirrar, tampar a boca com o cotovelo. Para apoiar o diálogo sobre essas medidas, apresente às/aos estudantes a cartilha feita pelo governo de Minas Gerais.

Para finalizar, realize a atividade do “Quiz do Corona: é fato ou *fake news*?”. Esse é um jogo interativo de perguntas e respostas para ser feito utilizando o computador. A/o aluna/o deve responder se a informação apresentada na tela é fato ou *fake news*. Outro ponto relevante do jogo é que, além de informar de forma lúdica, ele também traz a reflexão sobre a oposição entre informações seguras e falsas. Aproveite para explicar que o fato é sempre algo que teve sua veracidade comprovada e fundamentada, ao passo que a *fake news* trata-se de uma falácia, ou ainda, de uma informação inventada, sem teor de verdade e que objetiva difundir um saber falso ou mentiroso.

### **AULA 3 - O que a pandemia desmascara**

*Organização da turma:* dividida em pelo menos 4 grupos.

*Objetivos da aula:*

- visualizar, efetivamente, as diferentes vivências pandêmicas em um mesmo grupo;
- sistematizar as dificuldades enfrentadas por cada um na busca pelo acesso à educação durante o período de isolamento social.

*Contextualização:* A distribuição desigual de terras e renda no Brasil é antiga. Essa assimetria gera grande disparidade social e contribui para o processo de segregação de indivíduos inseridos em camadas sociais específicas. O caos trazido pela pandemia, no início de 2020, fez com

que a desigualdade social do país fosse ainda mais evidenciada, como exemplificado no Caderno “Mundo do trabalho”, no capítulo 3, no caso do Seu João. Nem toda a população conseguiu usufruir de condições que garantissem sua segurança e acesso aos meios de sobrevivência básica, recursos financeiros para adquirir alimentos para si e sua família.

*Desenvolvimento:* Inicie a aula lendo, com as alunas e os alunos, o caso do Seu João, contido no capítulo 3, do caderno “Mundo do trabalho”. Este relato retrata a angústia de um aluno da EJA que não sabia como ter acesso aos direitos fornecidos pelo governo federal mediante o uso de aplicativos de celular. Após a leitura do caso, incentive o grupo a relatar as suas experiências em relação ao acesso a bens de consumo básicos ou a plataformas eletrônicas que objetivam facilitar a distribuição de recursos como, por exemplo, o auxílio emergencial. Na sequência desse momento reflexivo, entregue a cada grupo uma tabela, que contém uma lista de bens básicos e informações sobre o acesso a eles.

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem acesso à internet de alta velocidade.</li> <li>• Tem acesso a dispositivos eletrônicos, tais como: tablet, computador e celular.</li> <li>• Tem vivência e conhecimentos necessários para o uso correto de aplicativos e redes sociais.</li> <li>• Conta com emprego estável.</li> <li>• Conta com remuneração adequada para o consumo em ampla escala.</li> <li>• Não conta com defasagem em seu processo escolar.</li> <li>• Tem curso superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem acesso à internet de alta velocidade.</li> <li>• Tem acesso a dispositivos eletrônicos, tais como: tablet, computador e celular.</li> <li>• Tem vivência e conhecimentos necessários para o uso correto de aplicativos e redes sociais.</li> <li>• Conta com emprego estável.</li> <li>• Conta com remuneração adequada para o consumo de bens básicos.</li> <li>• Conta com defasagem em seu processo escolar.</li> <li>• Tem acesso à formação técnica e superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem acesso à internet de alta velocidade.</li> <li>• Não tem acesso a dispositivos eletrônicos, tais como: tablet, computador.</li> <li>• Não tem vivência e conhecimentos necessários para o uso correto de aplicativos e redes sociais.</li> <li>• Não conta com emprego estável.</li> <li>• Não conta com remuneração adequada para o consumo de bens básicos ou de ampla escala.</li> <li>• Conta com defasagem em seu processo escolar.</li> <li>• Possui baixa escolaridade.</li> </ul>

Tabela 1.1 – Registro de acesso a bens básicos



Em seguida, peça às/aos estudantes para formarem grupos, de acordo com os itens aos quais tiveram ou não acesso, descritos na tabela.

Qual grupo teve mais membros? O número de pessoas de cada grupo foi discrepante? A partir desse momento de dinâmica, encaminhe uma reflexão sobre as diferenças de cada grupo e a influência do acesso aos itens na tabela na vivência de cada um na pandemia. Explore a relação entre o número de privilégios de um grupo na tabela e seus integrantes.

#### **AULA 4 - A Geografia da pandemia**

*Materiais:* mapas disponibilizados.

*Organização da turma:* grupos para discussão ou debate.

*Objetivos da aula:*

- mostrar como a pandemia atingiu a população, fazendo uso da geografia;
- observar o comportamento do vírus, de acordo com a classe econômica predominante nos bairros;
- analisar a reação e o impacto do vírus por bairro;
- trabalhar a interpretação cartográfica.

*Contextualização:* A pandemia da covid-19 tem sido um evento singular no mundo todo, apesar das inúmeras epidemias que já ocorreram na história. Um dos fatores que torna tão único esse momento é o acesso rápido à informação, numa velocidade nunca antes experimentada, quase que instantânea, apesar da dificuldade de diagnóstico que o Brasil enfrenta. Dessa maneira, diariamente, é possível acompanhar a evolução do contágio e o número de mortes causadas pelo vírus.

Assim, em Belo Horizonte, a PBH divulga cotidianamente boletins informativos que têm por objetivo apresentar a atual situação do problema enfrentado pela capital mineira e, de tempos em tempos, um boletim mais detalhado é divulgado, informando a realidade dos bairros e outros dados importantes sobre a pandemia. A partir desses dados, a prefeitura produz mapas e outras formas de registro e divulgação do que foi observado. Como fenômeno que se dá no espaço e através da geografia, podemos questionar as possíveis relações entre a propagação e a mortalidade do vírus nos diferentes bairros, o porquê disso, e se há relação entre esses dados e o que foi abordado na aula 3, deste capítulo.

QRCode  
POR FALAR  
EM GEOGRA-  
FIA...  
O novo corona-  
vírus pegou o  
mundo de sur-  
presa, se pro-  
pagando muito  
rápido e paran-  
do a maioria  
dos países do  
mundo, inclusi-  
ve as grandes  
potências eco-  
nômicas.  
No Instagram,  
o perfil Geogra-  
fia Geral  
(@geografiage-  
ral) postou um  
mapa animado  
anamórfico  
que exibe a  
propagação do  
vírus do dia 21  
de janeiro até  
07 de junho de  
2020. Vale a  
pena conferir!



**Desenvolvimento:** Inicie a aula retomando as discussões anteriores sobre como a pandemia nos afetou, considerando desde a experiência pessoal, família, amigos, vizinhos, até os bairros, cidades e países. Então, questione se as/os alunas os acreditam que todas as regiões de BH viveram a pandemia da mesma forma.

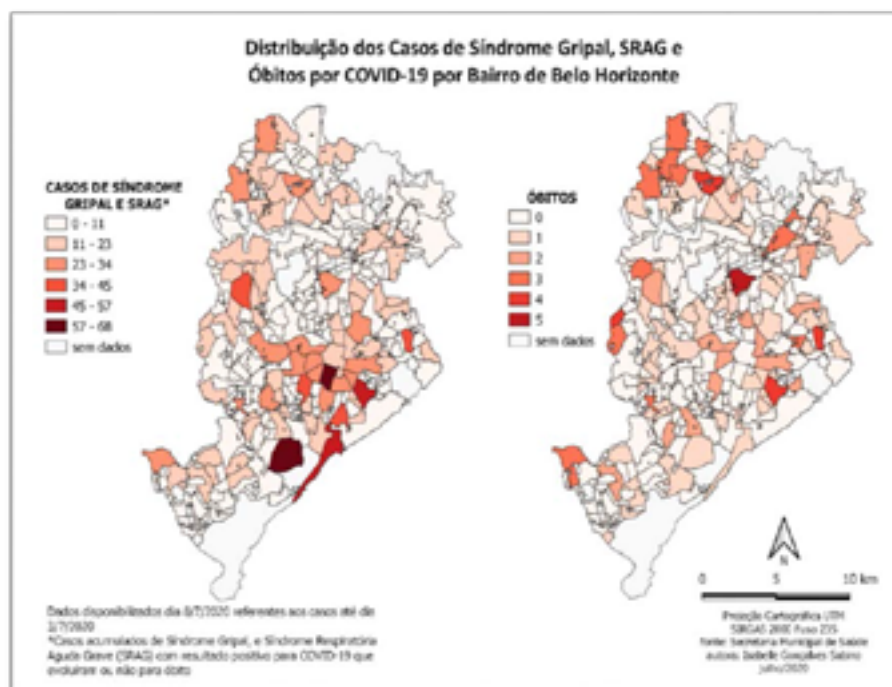
Depois desse momento de discussão, apresente os mapas que seguem abaixo, impressos ou por meio eletrônico (celular, projetor etc.).

Então, levante *várias perguntas, elas podem ser:*

- a) Você consegue reconhecer os bairros no mapa?
- b) Você reconhece o seu bairro no mapa?
- c) Quais bairros registraram maior número de casos de Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)? Por que você acha que isso aconteceu?
- d) Quais bairros registraram mais mortes? Por que, muitas vezes, os dois casos não coincidem?
- e) Quais as regiões mais impactadas?

Inúmeras outras questões podem ser feitas, pensando em bairros e regiões específicas ou até mesmo pensando em outras temáticas.

A partir dessa discussão, é possível fazer um recorte geográfico e de classe da pandemia.



## Anexos



A Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais - SEE/MG e a Secretaria de Estado de Saúde SES-MG encaminham as orientações para a prevenção e cuidado quanto ao Coronavírus nas escolas da Rede Estadual de Ensino.

### CONHECENDO A DOENÇA

O Coronavírus é uma família de vírus que causa infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus (SARS-Cov-2) foi descoberto na China em 31/12/19, após registros de casos da doença. O nome é decorrente do formato do vírus, que possui aspecto de coroa.

O período de incubação do vírus é de 2 a 14 dias, sendo o quadro clínico inicial da doença caracterizado como "síndrome gripal". No entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem ser agravados acarretando o aumento progressivo da temperatura e quadros febris persistentes por 3 a 4 dias. Desse modo, para o diagnóstico e tratamento adequados da doença, a consulta médica é fundamental.

### SINAIS E SINTOMAS

Os sinais e sintomas do Coronavírus são principalmente respiratórios, semelhantes a um resfriado. Podem, também, causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias.

### PRINCIPAIS SINTOMAS CONHECIDOS ATÉ O MOMENTO:



FEBRE



TOSSE



DIFICULDADE PARA RESPIRAR

## COMO OCORRE A TRANSMISSÃO



As formas de transmissão da doença ainda estão sendo investigadas. Entretanto, dentre as formas de contágio já conhecidas, podemos mencionar o contato com secreções contaminadas tais como: gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, por meio do contato pessoal próximo com pessoas doentes e/ ou objetos ou superfícies contaminadas.

## PREVENÇÃO DO CORONAVÍRUS NO AMBIENTE ESCOLAR

Atualmente não existe vacina para prevenção de infecção por Coronavirus (COVID-19). Assim, a forma de prevenção contra a doença é evitar a exposição ao vírus. Dessa forma, descrevemos abaixo os principais cuidados que devem ser tomados pelos estudantes e demais membros da comunidade escolar para evitar a doença.

### CUIDADOS PESSOAIS:



Higiene frequente das mãos com água e sabão, por pelo menos 20 segundos, ou usar um desinfetante para as mãos à base de álcool

Evitar tocar olhos, nariz e boca sem higienização adequada das mãos.



Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar, utilizando a parte interna do braço ou um lenço descartável.

Evitar contato próximo com pessoas doentes.

Ficar em casa e evitar contato com pessoas quando estiver doente.





### **CUIDADOS COM O AMBIENTE**

- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência (como celulares, bancadas...);
- Não compartilhar copos e talheres que não tenham sido lavados e/ou esterilizados;
- Manter os ambientes bem ventilados, janelas e portas abertas;
- Evitar realizar atividades em lugares com grande aglomeração de pessoas;
- Após o término de aulas ou atividades ao ar livre, solicitar que se lave as mãos, e que sejam evitadas atividades que promovam o contato físico ( ex: dar as mãos, abraçar, beijar, aulas de lutas, danças de casal).

### **MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO CORONAVÍRUS PARA COMUNIDADE ESCOLAR**

- Orientar aos estudantes e comunidade escolar sobre os sinais e sintomas do Coronavírus;
- Aconselhar que casos suspeitos da doença devem procurar a Unidade de Saúde mais próxima;
- Proceder com isolamento respiratório com máscara cirúrgica apenas em caso suspeito ou contato com alguém doente.



## Referências

- ALMEIDA, Lília Bilati de et al. O retrato da exclusão digital na sociedade brasileira. **JISTEM J.Inf.Syst. Technol. Manag**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 55-67, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-17752005000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752005000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 de jul. 2020.
- BELO HORIZONTE. **Cestas básicas e kits de higiene para públicos vulneráveis**. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/cestas-basicas-para-publicos-vulneraveis>. Acesso em 08 de ago. 2020.
- BELO HORIZONTE. **PBH faz ação educativa com jovens em situação de rua para combater o Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-faz-acao-educativa-com-jovens-em-situacao-de-rua-para-combater-o-coronavirus>. Acesso em 08 de ago. 2020.
- BELO HORIZONTE. **PBH inicia serviço de cuidados para pessoas em situação de rua no Sesc**. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-inicia-servico-de-cuidados-para-pessoas-em-situacao-de-rua-no-sesc>. Acesso em 08 de ago. 2020.
- BELO HORIZONTE. **Prefeitura faz entrega de máscaras para população de aglomerados**. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-faz-entrega-de-mascaras-para-populacao-de-aglomerados>. Acesso em 08 de ago. 2020.
- BELO HORIZONTE. **Prefeitura leva música em casa para pessoas idosas**. 2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-leva-musica-em-casa-para-pessoas-idosas>. Acesso em 08 de ago. 2020.
- BRASIL DE FATO. Entregadores de aplicativos marcam nova greve para 12 de julho. **Redação Brasil de Fato**. São Paulo, 03 jul. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/07/03/entregadores-de-aplicativos-marcam-nova-greve-para-12-de-julho>. Acesso em: 09 jul. 2020.
- BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95**, de 15 de dezembro de 2016. Institui o Novo Regime Fiscal. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso: 01 de set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 1-35, 2017.
- BRASIL. **O que é Atenção Primária?**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 02 de jul. 2020.
- CÂMARA, Luciene; SILVA, Moisés. Meu quintal é o Anel. **Jornal O Tempo**. [online]. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/hotsites/meu-quintal-%C3%A9-o-anel>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CEPEDES/FIOCRUZ. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia covid-19: Recomendações gerais**. Brasília, 2020.

COSTA, Larissa. Trabalhadores têm auxílio emergencial negado mesmo atendendo todos os requisitos. **Brasil de Fato**, Belo Horizonte, 07 jul. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/07/07/mesmo-atendendo-requisitos-trabalhadores-tem-auxilio-emergencial-negado>. Acesso em: 09 de jul. 2020.

CRODA, Julio Henrique Rosa; GARCIA, Leila Posenato. Resposta imediata da Vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1. Mar, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222020000100100&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000100100&Ing=en&nrm=iso). Acesso em: 04 de jul. 2020.

CRUZ, Márcia Maria. Favela contra o vírus: solidariedade reduz efeitos da COVID-19 nas comunidades de BH. **Estado de Minas**. [on line]. Belo Horizonte, 10 abr. 2020. Disponível em: [http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/04/10/interna\\_gerais,1137509/favela-contra-o-](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/04/10/interna_gerais,1137509/favela-contra-o-)

CURIEL, Ochy. **Género, raza, sexualidad**: debates contemporáneos. Universidad del Rosario. Colômbia, 2014. Disponível em: [http://www.urosario.edu.co/urosario\\_files/1f/1f1d1951-0f7e-43ff-819f-dd05e5fed03c.pdf](http://www.urosario.edu.co/urosario_files/1f/1f1d1951-0f7e-43ff-819f-dd05e5fed03c.pdf). Acesso em: 20 de jan. 2020.

FIOCRUZ. Estudo identifica principais fake news relacionadas à covid-19. Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Rio de Janeiro, **Informe Especial**, 21 mai. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19>. Acessado em: 09 de jul. 2020.

GOMES, Nilma Lino. Racismo e novo coronavírus: armas mortíferas no Brasil. **Nexo Jornal**, [S. l.], 3 jul. 2020. Disponível em: [https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Racismo-e-novo-coronav%C3%ADrus-armas-mort%C3%ADferas-noBrasil?fbclid=IwAR103\\_SD7UnxIOe7KHtzLrfjK0oKO-FUAhOmbdbqSqACByS1N9JTXvftM37w](https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Racismo-e-novo-coronav%C3%ADrus-armas-mort%C3%ADferas-noBrasil?fbclid=IwAR103_SD7UnxIOe7KHtzLrfjK0oKO-FUAhOmbdbqSqACByS1N9JTXvftM37w). Acesso em: 4 sw jul. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Analfabetismo cai em 2017, mas segue acima da meta para 2015**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>. Acesso em: 18 de jul. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.



IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desemprego aumenta em 12 estados no primeiro trimestre**. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27708-desemprego-aumenta-em-12-estados-no-primeiro-trimestre>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

JACKSON FILHO, José Marçal Jackson et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 45, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 de jul. 2020.

LEMOS, Vinícius. Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ após patroa ter coronavírus. **BBC News Brasil**, São Paulo, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>. Acesso em: 08 de jul. 2020.

LIMA, Claudio Márcio Amaral de Oliveira. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras**, São Paulo, v. 53, n. 2, p.5, abr., 2020a.

LIMA, Juliana Domingos de. **O estudo que destaca o Brasil como o pior cenário na pandemia**. Nexo Jornal. [S. l.], mai., 2020b. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/01/O-estudo-que-destaca-o-Brasil-como-o-pior-cen%C3%A1rio-na-pandemia>. Acesso em: 15 de jun. 2020.

LIU, Ying; GAYLE, Albert A.; WILDER-SMITH, Annelies; ROCKLÖV, Joacim. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus, **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, mar., 2020.

LUCAS, Ángeles. A triste sorte dos presidentes negacionistas da covid-19. **El País**. Madri, 07 jul. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-07-07/a-triste-sorte-dos-negacionistas-da-covid-19.html>. Acesso em: 07 de jul. 2020.

LUGONES, María Hacia un feminismo descolonial. **La manzana de la discordia**, v. 6, n. 2, p.105-119, 2011.

MATSUKI, Edgard. Surto, epidemia, pandemia e endemia - entenda qual é a diferença entre eles. **UOL Educação**, Brasília. [s.d.]. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/geografia/surto-epidemia-pandemia-e-endemia-entenda-qual-e-a-diferenca-entre-eles.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 05 de jul. 2020.

MENDONÇA, MHM; MATTA, GC; GONDIM, R; GIOVANELLA L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

MIGNOLO, Walter D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 32, n. 94, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010269092017000200507&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092017000200507&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 de jul. 2020.

MORAES, Paula Louredo. Reprodução das bactérias. **Brasil Escola**, 2020. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/reproducao-das-bacterias.htm>. Acesso em: 01 de jul. 2020.

MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi Rocha. **Endemias e epidemias**: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; LUCAS, Thabata Coaglio; IQUIAPAZA, Robert Aldo. O que a pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29, maio 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072020000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100201&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 de jul. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 16 de mar. 2020.

OPAS-OMS no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde no Brasil. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. OPAS Brasil, [S. l.], 11 mar. 2020a. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-comopandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-comopandemia&Itemid=812) Acesso em: 27 de jun. 2020.

OPAS-OMS no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde no Brasil. COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus. **OPAS Brasil**, [S. l.], atualizada em 13 jul. 2020b. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 13 de jul. 2020.

PERSEGUIN, Adriana; RODRIGUES, Amanda; MORAIS, Carolina; DI MÔNACO, Sthephanny; LEÃO, Taís; Gea, Karina Dias; OLIVEIRA, Clara Luisa. **Fake e Verdades sobre o Coronavírus**. Grupo Educação e Cultura – Jornada Izadora, Projeto MINA. [cartilha]. Belo Horizonte, 2020.

PIMENTEL, Renata Macedo Martins et al. A disseminação da covid-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 135-140, abr. 2020.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade, poder, globalização e democracia. **Novos Rumos**. ano 17, n. 37, 2002.

SAMPAIO, Cristiane. Cresce coro por prorrogação do auxílio emergencial até dezembro. **Brasil de Fato**, Brasília (DF), 30 jun. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/06/30/cresce-coro-por-prorrogacao-do-auxilio-emergencial-ate-dezembro>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

SANTOS, Vanessa Sardinha. Vírus. **Brasil Escola**. [online]. 2020. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/biologia/virus-2.htm>. Acesso em: 01 de jul. 2020.

SARAIVA, Adriana; BARROS, Alerrandre. Pandemia Dificulta acesso de 28,6 milhões de pessoas ao mercado de trabalho em maio. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, 16 jun. 2020. Disponível em: <https://agencia-denoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27972-pandemia-dificulta-acesso-de-28-6-milhoes-de-pessoas-ao-mercado-de-trabalho-em-maio>. Acesso em: 08 de jul. 2020.

SES-RJ. Secretaria de Estado de Saúde. **Orientações para Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento à COVID-19**. Rio de Janeiro, 2020.

SILVEIRA, Daniel. Coronavírus e desafios à prevenção: Brasil tem 31,3 milhões sem água encanada e 11,6 milhões em casas 'superlotadas'. **G1**, Rio de Janeiro, 28 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/03/28/coronavirus-e-desafios-a-prevencao-brasil-tem-313-milhoes-sem-agua-encanada-e-116-milhoes-em-casas-superlotadas.ghtml>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

SOARES, Marcelo; CRAVO, Alice; TATSCH, Constança. Dados do SUS revelam vítima-padrão de COVID-19 no Brasil: homem, pobre e negro. **Época**. [S. l.] 03 jul. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/sociedade/dados-do-sus-revelam-vitima-padrao-de-covid-19-no-brasil-homem-pobre-negro-24513414?fbclid=IwAR0HRqhxspDp4hnTcmXR-01nnyBDdIHCCDSu0O0HylDxvv8XCqXnsxnAZkX4>. Acesso em: 08 de jul. 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health: social determinants of health discussion paper 2** (policy and practice). Genebra: OMS, 2010.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história da humanidade contada pelos vírus, bactérias, parasitas e outros microrganismos**. São Paulo: Editora Contexto, 2012.

VANNI, Tazio. O poder de contágio do novo coronavírus (SARS-CoV-2). **Canal Butantan**, São Paulo, 06 mar. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Atv1fJrflg8&feature=youtu.be> . Acesso em: 30 de jun. 2020.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, abr., 2020.

WILLIAMS, David; COLLINS, Chiquita. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. **Public Health Reports**, v. 116, n. 5, p. 404-416, 2001.



# Entre epidemias e pandemias: assim caminha a humanidade

Juliana Vieira da Silva  
Marcial de Carvalho Júnior  
Mariete Menezes Amaral Rodrigues  
Ariel Boaz Costa e Silva

# 2

Capítulo

*Cara professora, caro professor,*

Você já abordou em suas aulas questões referentes a epidemias e pandemias? Você conhece a diferença entre elas? Essas seriam atípicas, acontecendo raramente, ou são mais comuns do que se imagina? Você tem conhecimento de casos ocorridos no Brasil, além da covid-19?

As epidemias e pandemias não são novidades ao longo da história da humanidade. Na verdade, estiveram e estão presentes em todos os períodos históricos, afetando diversos povos e culturas.

Neste texto, vamos conhecer e lembrar algumas epidemias e pandemias ao longo dos tempos e como elas impactaram a realidade de diferentes populações e comunidades. Como demonstrado no capítulo 1 deste Caderno, as epidemias são o aumento do número de casos de uma doença, acima da média histórica, em uma região, podendo atingir municípios, estados ou até mesmo um país. Já a pandemia refere-se a uma doença que se espalhou por um grande espaço geográfico, atingindo diversos países e continentes, como é o caso da covid-19.

Ao longo deste texto, o leitor irá encontrar o termo “peste”, designando mais de uma doença, bem como a referência à cidade do Rio de Janeiro do início do século XX como uma cidade pestilenta. Historicamente, esses termos têm sido utilizados para designar diferentes doenças, que têm em comum elevado número de óbitos. Segundo o historiador Mário Jorge da Motta Bastos, no seu livro “O poder nos tempos da peste”, no latim medieval, a expressão *pestis* era revestida de múltiplos significados, que podem ser traduzidos como “miséria”, “destruição”, “infortúnio” e “moléstias que conspurcavam o corpo” (BASTOS, 1997, p. 205). Deste modo, nem todas as doenças nomeadas como peste, se referem àquela que é conhecida como peste bubônica.

A leitora ou o leitor, nesse momento, pode estar se perguntando: qual a importância de voltar nossas atenções para a história das epidemias e pandemias? Afinal, estamos vivendo um momento de crise, com mais dúvidas do que certezas acerca do que virá. Como nos diz Moraes (2020, p. 16), “em momentos de crise, como é costume, fatos do passado são revividos e funcionam como poderoso convite para refletir sobre antigas respostas dadas a problemas que nos afetam no presente da vida social”.

Este capítulo tem por principal objetivo apresentar, em uma perspectiva histórica, as formas pelas quais diferentes grupos sociais, em diferentes espaços e tempos, lidaram com a questão das epidemias e das pandemias.

Antes, porém, apresentaremos uma crônica, escrita por uma professora e um professor que têm refletido sobre os usos das palavras, especialmente, em tempos de crise sanitária. Para eles, as palavras nunca são neutras, objetivas e desinteressadas. Pelo contrário, elas estão carregadas de significações políticas e de interesses de classes, raça, gênero, religião. Os conceitos e as categorias permitem ou impedem que determinadas coisas sejam pensadas, elaboradas e desejadas. Em cada termo ou expressão, encontra-se imbutido não o real, mas sua representação, uma concepção de mundo, de natureza e de humanidade.

A palavra peste está, por exemplo, evada de preconceitos e fobias. Como lidar com as palavras em sala de aula? É o que veremos, a seguir.



## 2.1 Causo Pedagógico - O preconceito nosso de cada aula

O ano era 2007. O sinal tocou, o recreio havia terminado e a turma de adolescentes do 7º ano subia apressada para a sala, afinal era aula de História! A professora Mariana conseguiu despertar nos educandos o interesse pela Idade Média. E a aula de hoje era sobre a crise do século XIV, com foco na doença que dizimou um terço da população europeia na época.

A turma ficou atenta ao vídeo passado pela professora, que narrava e mostrava imagens que evidenciavam os efeitos da tal doença na Europa da Baixa Idade Média. Peste negra é a designação pela qual ficou conhecida, durante a baixa Idade Média, a epidemia de peste bubônica, que assolou a Europa durante o século XIV. O efeito da doença sobre a pele dos acometidos era o surgimento de manchas de cor enegrecida, o que acabou por influenciar o nome adotado para a enfermidade.

Mariana estava feliz com o interesse dos alunos. A turma mostrava-se muito participativa, com os estudantes fazendo perguntas e comentários. Para a continuidade da aula, a professora propôs a leitura dos textos do livro didático, que traziam ainda mais detalhes sobre a doença. Os alunos descobriram que a peste era extremamente contagiosa e vinha acompanhada de febre, arrepios, vômitos, diarreia e terríveis dores, resultando, quase sempre, na morte da pessoa infectada. Estavam todos horrorizados! Como uma doença podia causar tanta dor e perdas em poucos dias? Foi aí que Lucas, aluno sempre atento, disse em alto e bom som que aquela doença maldita da época só podia ser uma peste negra, coisa de preto, por isso ele não gostava de preto.

A fala daquele menino de apenas 12 anos de idade deixou a professora incomodada. Mariana passou os próximos dias pensando sobre a carga de preconceito presente nas palavras e percebeu que boa parte do vocabulário cotidiano das pessoas é discriminatório. Principalmente em termos e expressões que remetem ao período escravista no Brasil. O trabalho feito “nas coxas”, por exemplo, faz referência à produção de telhas de barro moldadas nas pernas dos escravizados, de modo que o produto final era completamente sem padronização. Há aí uma falsa aproximação entre as pessoas negras e uma suposta incompetência laboral.

A primeira reação de Mariana foi a de eliminar o uso dessas palavras no seu cotidiano. Porém, ao pensar no termo “peste negra” e na reação de seu aluno, suas conclusões foram ainda mais profundas. Quando cunhado no século XIV, o termo “peste negra” trazia na palavra “negra” um sentido de literalidade, em uma Europa que possuía quase nenhuma diversidade étni-

ca relacionada à presença africana. Já o termo “peste”, esse sim, trazia um estigma social profundo, relacionado também à tradição cristã e às pestes que, no Velho Testamento, puniam os inimigos da religião monoteísta.

Porém, isso não impediu que o jovem estudante fizesse uma associação racista com o termo. Claro, pois o correr da história traz novos significados para antigas palavras. Assim como as pessoas, as palavras também são produtos de suas historicidades. Para os alunos do 7º ano, a associação entre a palavra “negro” e sentimentos negativos, repulsivos e reprováveis era inevitável. Mariana lembrou-se, também, de outras experiências históricas similares as de seus alunos. Na parábola bíblica “O Rico e o Lázaro” (Lucas 16:19-31), Lázaro era um mendigo acometido por chagas em seu corpo. Com o passar do tempo, a moral da parábola, que condena, na verdade, o rico e exalta o Lázaro, perde-se, dando lugar à associação da figura desse mendigo às pessoas acometidas por doenças que causam chagas similares, como hanseníase e leishmaniose. Não é raro escutar uma pessoa portadora dessa doença ser referida como “lazarento”.

Mariana levou essas reflexões para o planejamento teórico das próximas aulas de História, sendo mais cuidadosa ao tratar de conceitos e expressões. Chegou à conclusão de que não bastava simplesmente eliminar determinadas palavras do vocabulário das aulas, já que elas e seus significados já eram demasiadamente naturalizados na mentalidade social. Desse momento em diante, sua estratégia passou a ser a de análise etimológica dos termos usados em sala de aula, trazendo problematizações e historicizando as palavras. Afinal, as palavras têm história, as palavras fazem história.

## 2.2 Teorização - Epidemias na Antiguidade

Os curadores nada podiam fazer, pois desconheciam a natureza da enfermidade e, além disso, foram os pioneiros no contato com os doentes e morreram em primeiro lugar. O conhecimento humano mostrou-se incapaz. Em vão se elevavam orações nos templos e se dirigiam preces aos oráculos. Finalmente, tudo foi renunciado ante a força da epidemia.

Tucídides

Entre 430 a 427 a.C., a cidade de Atenas sofreu com uma doença desconhecida, que teria causado a morte de cerca de 35% da população. De acordo com os relatos de Tucídides, a doença teve início na zona portuária e espalhou-se pelo resto da cidade. Os primeiros casos foram registrados

no início da Guerra do Peloponeso (431 a.C.- 404 a.C.), tendo um efeito devastador nas tropas atenienses. Dado o contexto da guerra, que implica em grande circulação de pessoas entre os continentes europeu e asiático, a doença espalhou-se com facilidade.

Há, nos registros do historiador grego Tucídides, uma descrição dos sintomas da doença, que ficou conhecida como a peste de Atenas:

[...] Em geral, o indivíduo no gozo de perfeita saúde via-se subitamente preso dos seguintes sintomas: sentia em primeiro lugar violenta dor de cabeça; os olhos ficavam vermelhos e inflamados; a língua e a faringe assumiam aspecto sanguinolento; a respiração tornava-se irregular e o hálito fétido. Seguiam-se espirros e rouquidão. Pouco depois a dor se localizava no peito, acompanhada de tosse violenta; quando atingia o estômago, provocava náuseas e vômitos com regurgitação de bile. Quase todos os doentes eram acometidos por crises de soluços e convulsões de intensidade variável de um caso a outro. A pele não se mostrava muito quente ao tato nem também lívida, mas avermelhada e cheia de erupções com o formato de pequenas empolas (pústulas) e feridas (TUCÍDIDES *apud* REZENDE, 2009, p. 75).

Devido à gravidade com que a doença atingiu a população, com grande número de enfermos e mortos, acredita-se que era a primeira vez que os atenienses tinham contato com essa doença, que passou para a história como a peste de Atenas.

Estudos do início do século XXI, com testes genéticos realizados com base em ossadas, indicam que as pessoas foram contaminadas pela bactéria *Salmonella typhi*, causadora da febre tifoide. Transmitida por água ou alimentos contaminados com resíduos humanos, comuns em situações de higiene precária, a doença provoca problemas cardíacos, gastrointestinais, complicações neurológicas e uma grande prostração. Os estudos sugerem que a epidemia matou uma em cada quatro pessoas, influenciando a queda de Atenas.

Para o infectologista grego Manolis Papagrigrakis, da Universidade de Atenas, naquela época, o homem se preparava para uma guerra com grandes armaduras, de modo que Atenas jamais imaginou que perderia para um inimigo de menos de um milímetro (SGARBI, 2009). Cabe lembrar que os estudos sobre os microrganismos, a microbiologia, só se desenvolveram no século XIX, com as pesquisas realizadas por Louis Pasteur e Robert Koch.

Outras doenças fizeram-se presentes na antiguidade, como a peste de Siracusa, em 396 a. C., que vitimou o exército de Cartago, quando este sitiou a cidade de Siracusa, na Itália. A peste antonina, que se espalhou pelo Império Romano, a partir do ano 165 d.C, fazendo milhares de vítimas.

Professora, professor, você tinha conhecimento das epidemias e pandemias na antiguidade?

### 2.2.1 A peste bubônica na Idade Média

As pessoas morriam às centenas, de dia e de noite, e todas eram jogadas em fossas cobertas com terra e, assim que essas fossas ficavam cheias, cavavam-se mais. E eu enterrei meus cinco filhos com minhas próprias mãos (...). E morreram tantos que todos achavam que era o fim do mundo.

Agnolo di Tura , sobrevivente da Peste Negra, século XIV.

Originária do continente asiático, precisamente da China, a chegada da peste bubônica na Europa relaciona-se ao comércio vindo da Ásia, especialmente de cidades costeiras no Mar Mediterrâneo, como Veneza e Gênova.

A peste negra, hoje chamada de peste bubônica, é uma doença causada pela bactéria *Yersinia pestis*. Essa bactéria é transmitida por meio das pulgas dos ratos e, quando as pulgas se alojam em seres humanos, a transmissão acontece. A partir daí, um ser humano pode contaminar outro, por meio das secreções do corpo e pela via respiratória, através de espirros e gotículas de saliva. Quando transmitida por via respiratória, a doença é chamada de peste pneumônica.

Os sintomas da peste bubônica são: febre alta; vômitos, com a presença de sangue e complicações no pulmão. Para os que tinham problemas pulmonares, a morte era praticamente garantida. O escritor Giovanni Boccaccio, autor de *Decameron*, deixou alguns relatos a respeito de como a doença se manifestava nas pessoas. Ele diz que a peste começava

[...] com o surgimento de certas tumefações na virilha ou nas axilas de homens e mulheres, algumas das quais atingiam o tamanho de uma maçã comum e outras o de um ovo, umas mais e outras menos, e a elas o povo dava o nome de bubões. E os referidos bubões mortíferos, não se limitando às duas citadas

partes do corpo, em breve espaço de tempo começaram a nascer e a surgir indiferentemente em todas as outras partes, após o que a qualidade da enfermidade começou a mudar, passando a manchas negras ou lívidas, que em muitos surgiam nos braços, nas coxas e em qualquer outra parte do corpo, umas grandes e ralas, outras diminutas e espessas. E, tal como ocorrera e ainda ocorria com o bubão, tais manchas eram indício inegável de morte próxima para todos aqueles em quem aparecessem (BOCCACCIO, 2013, p.16).

Por meio desse relato, podemos perceber que as regiões inchadas do corpo eram chamadas de bubões, daí o termo “peste bubônica”. A expressão “peste negra”, por sua vez, faz referência às manchas negras que apareciam no corpo das vítimas que contraíam a doença.

As precárias condições de higiene e de habitação das cidades e vilas medievais contribuía para um ambiente favorável à infestação de ratas e pulgas e, conseqüentemente, à propagação da doença.

A peste causou muito pânico e mortes. Os médicos não sabiam a origem da doença e nem como combatê-la. Muitos consideraram que se tratava de uma punição divina diante dos pecados dos homens. Para o historiador Mário Jorge da Motta Bastos (1997, p. 191),

(...) o tempo da doença é, ao seu modo no discurso religioso, um tempo em suspensão: Deus entra em cena no curso da história deflagrando a epidemia, como que para anunciar a sua retirada, impondo à sociedade experimentar (...) as misérias e incertezas de uma existência livre, errante, porque alheia aos mais altos desígnios do Criador. O tempo do castigo é o da supressão do pacto, da vida sem Lei, alheia a regras, a valores, a laços, quando o amor fraternal humano, centelha divina, como aquele que o inspirou, se desvanece. Talvez resida aqui o essencial do castigo: mais do que sua presença, a do Deus irado, que é contingente, a doença traduz a temporária ausência divina, a da sua verdadeira face, do Pai misericordioso.

Nesse contexto de necessidade do perdão divino, surgem grupos que buscavam o perdão por meio da flagelação física, como a “Irmandade dos Flagelantes”, cujos membros andavam a pé pela Europa, praticando auto-flagelação para alcançar o perdão divino.



Figura 2.1 - Grupo de flagelantes/ Crédito: Wikimedia Commons

Com o tempo, esse grupo tornou-se um problema, pois a atitude de utilizar o chicote para bater nas próprias costas abria feridas que ficavam expostas à contaminação pela doença e, conseqüentemente, facilitavam sua transmissão de cidade em cidade.

Ainda no que se refere à religiosidade, outro aspecto a ser destacado foi o impacto da peste entre padres e monges. Esse grupo foi vitimado pelo alto grau de contágio da doença, uma vez que tinham contato direto com os doentes, para realizar as confissões e a extrema-unção. Além disso, muitos viviam em mosteiros ou conventos bastante populosos e com vários idosos. Quando um contraía a doença, ela rapidamente era transmitida para outros. Há relatos de um mosteiro em Florença onde somente um quarto dos religiosos que ali moravam sobreviveu à doença.

Esta situação afetou os rituais funerários. Faltavam sacerdotes e coveiros para atender a quantidade de mortos. Os sepultamentos começaram a ser realizados em valas comuns, tamanha a quantidade de pessoas. E, quando se percebeu que os cadáveres também eram vetores de contaminação, muitos passaram a abandonar as práticas de sepultamento e começaram a incendiar os corpos.

Os médicos da época desconheciam o agente causador da doença, mas perceberam que o isolamento era uma forma de evitar que a peste se propagasse ainda mais. Assim, as pessoas começaram a se isolar em suas casas e os doentes mantinham contato só com os médicos. Aqueles que tinham boa condição financeira fugiam das grandes cidades e escondiam-se no campo.



Para se protegerem da contaminação, os médicos criaram uma roupa de couro que evitava que a secreção dos doentes penetrasse por suas roupas usuais e os infectasse. A roupa especial dos médicos também incluía uma máscara em forma de bico de pássaro, onde eram colocadas ervas aromáticas. Com isso, esperava-se evitar os miasmas, que são os cheiros pútridos que emanavam da decomposição de matéria orgânica e atingiam o ar, o solo e a água. Esses seriam as causas da peste.

Amedrontadas e sem saber o que fazer, as pessoas recorriam a receitas e crenças sem embasamento científico para aliviar suas dores. Uma das grandes preocupações era evitar que a enfermidade evoluísse e que surgissem os maus odores. Para resolver essa questão, a população fazia grandes fogueiras nas esquinas. Usavam plantas com troncos aromáticos e várias essências, como alecrim, âmbar e almíscar, além de flores com fragrâncias. Essas essências eram levadas com as pessoas para todo e qualquer lugar. Muitos acreditavam que colocá-las nas janelas de suas casas permitiria bloquear a poluição do ar - que acreditavam ser a causadora da doença.

A forma mais eficaz de combater a peste bubônica foi a quarentena. A cidade de Veneza foi a primeira a definir medidas de isolamento social. Quando navios chegavam ao porto, era obrigatório que a tripulação cumprisse um período de isolamento dentro dos barcos, sem contato com a cidade. Inicialmente, 30 dias, que logo passaram para 40 dias, dando origem à palavra quarentena. Algumas cidades que, na época, possuíam muralhas



*Figura 2.2 - Médicos usavam máscaras com bico de pássaro durante a peste bubônica*  
Foto: Wikimedia Commons

fechavam os seus portões e ninguém podia entrar ou sair. Considerada por muitos estudiosos como uma das maiores pandemias já ocorridas, calcula-se que 25 milhões de pessoas morreram entre 1347 e 1352. Ou seja, em apenas cinco anos, a peste bubônica vitimou cerca de um terço da população europeia, encerrando o processo de crescimento populacional que o continente vivia desde o século X.

Um das marcas da peste foi a estigmatização de grupos marginalizados como responsáveis pela doença. Nesses grupos, encontravam-se os leprosos, os homossexuais, as prostitutas e os judeus. No livro “Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média”, o historiador Je-



ffrey Richards (1990) relata que os homossexuais tornaram-se bode expiatório, levando a culpa pelo declínio populacional, sendo considerados um ultraje, assim como os leprosos, as prostitutas e os judeus, que eram cada vez mais segregados. Esses grupos eram estimulados a se arrepender e a se regenerar. Como os judeus, as prostitutas desafiavam o ensinamento da Igreja e tinham que ser diferenciadas da população decente. Os judeus, por sua vez, além das questões religiosas, eram discriminados por não serem da Europa e por, desde a Idade Antiga, viverem em constante migração.

Na economia, a grande mortalidade gerou a falta de mão de obra. Os senhores intensificaram a exploração sobre os camponeses e, para resolver seus problemas, aumentaram os impostos. Isso fez com que os servos se revoltassem, exigindo melhores condições de vida, o que provocou sérias revoltas camponesas.

Professora, professor, como é discutida a peste negra em sua sala de aula? O que as/os estudantes entendem quando se fala “a peste”?

### 2.2.2 Epidemias brasileiras no início do século XX

Em 15 de novembro de 1889, um golpe militar instituiu a República no Brasil. A recém-proclamada república herdava uma sociedade marcada pela grande concentração de riquezas nas mãos de uma pequena elite, enquanto a grande maioria da população lutava para sobreviver em meio à miséria.

Ao longo do século XIX, durante o período imperial, o Brasil integrou-se ao capitalismo mundial, que se difundia pelo mundo impulsionado pela industrialização europeia. Nesse contexto, as principais cidades do país - Rio de Janeiro e São Paulo - cresceram significativamente, tornando-se objeto de investimento do capital inglês, responsável pela ampliação e modernização dos serviços urbanos.

É nesse cenário que a cidade de Belo Horizonte é planejada e construída: símbolo do espírito de modernidade dos tempos republicanos, com largas avenidas, ruas traçadas no papel, serviços de bondes, dentre outros.

Era preciso deixar para trás os traços coloniais, que marcavam sobretudo a cidade do Rio de Janeiro, com seus velhos casarões, suas ruas estreitas, redes de água e esgoto insuficientes, coleta de lixo precária e cortiços muito povoados. Num ambiente insalubre, alastravam-se grandes epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica.

## E o Rio de Janeiro torna-se a “cidade maravilhosa”

O Rio, cidade nova – a única talvez no mundo – cheia de tradições, foi-se delas despojando com indiferença. De súbito, da noite para o dia, compreendeu que era preciso ser tal qual Buenos Aires, que é o esforço despedaçante de ser Paris, e ruíram casas e estalaram igrejas, e desapareceram ruas e até ao mar se pôs barreiras. (RIO, 1909, p. 214).

Rodrigues Alves assumiu a presidência da República em 1902, no Rio de Janeiro, sob um clima de desconfiança e com um programa de governo que consistia basicamente de dois pontos: modernizar o porto e remodelar a cidade. Isso exigia atacar o maior mal da capital: as doenças peste bubônica, febre amarela e varíola.

A futura “cidade maravilhosa” era, então, pestilenta, tinha o apelido de “túmulo dos estrangeiros”, devido à grande quantidade de mortes de imigrantes e viajantes que se deparavam com a precariedade dos serviços públicos e as péssimas condições de vida. A situação era tão crítica que, durante o verão, os diplomatas estrangeiros refugiavam-se em Petrópolis, para se livrarem do contágio. Em 1895, ao atracar no Rio, o contratorpedeiro italiano Lombardia perdeu 234 de seus 337 tripulantes, por febre amarela. Foi preciso vir uma nova tripulação da Itália para rebocar o navio.

A visão geral da capital era de palacetes e grandes casarões, que ocupavam a área central da cidade. Na virada do século XIX para o século XX, a cidade do Rio de Janeiro passou por um grande crescimento populacional, recebendo grande quantidade de pessoas vindas de diferentes locais do país, além dos imigrantes estrangeiros. Essa situação fez surgir uma pressão por habitações, o que levou os proprietários dos grandes casarões a dividi-los internamente, criando vários cubículos, que eram alugados para famílias inteiras. Assim, esses casarões passaram a acomodar a maior parte da população urbana pobre, formada por negros e imigrantes, em sua maioria, formando os cortiços.

Para a burguesia, na sua visão elitista, os cortiços eram locais onde proliferavam as diversas epidemias que assolavam a cidade, além de serem habitados por viciados, vadios, jogadores, criminosos, bêbados e prostitutas.

Segundo a oligarquia paulista do café, de quem Rodrigues Alves era representante, além de vergonha nacional, as condições sanitárias do Rio impediam a chegada de investimentos, maquinaria e mão de obra qualificada. Seria necessário, então, colocar em ação um projeto que atraísse maiores investimentos. E, para isso, era preciso modernizar a capital da República.

Para executar esse projeto de modernização da capital, o presidente Rodrigues Alves nomeou o engenheiro Pereira Passos como prefeito e o médico sanitariano Oswaldo Cruz como chefe da Diretoria de Saúde Pública, ambos com grande autonomia para a empreitada.



Figura 2. 2 - Charge de J. Carlos. "O mais extraordinário caçador de ... mosquitos" / Tagarela, 12 de agosto de 1904.

Em dezembro de 1902, iniciaram-se as obras. Em nove meses, a reforma urbana derrubou cerca de 600 edifícios e casas, para abrir a Avenida Central (hoje, Rio Branco) e outras vias públicas, visando a um ordenamento urbano que deveria atender às necessidades de circulação, ordem, salubridade e embelezamento.

Esta ação de demolição, que ficou conhecida como "bota-abixo", desalojou a população mais pobre do centro do Rio de Janeiro, sem lhe oferecer nenhum amparo ou indenização. As pessoas, então, buscaram os morros e encostas para reconstruir suas moradias, fazendo surgir as primeiras favelas do Rio de Janeiro.

Para justificar essas demolições, os locais onde morava a população pobre eram apresentados, pelos médicos sanitarianos e governantes, como foco de doenças e violência. Um exemplo dessa abordagem é a crônica na qual Olavo Bilac descreve, para o jornal "A Gazeta", a zona portuária do Rio, no início do século XX. Para o autor, tratava-se de um local perigoso, onde a sujeira e a pobreza causariam diversos males.

Quem escreve estas linhas tem ultimamente, no cumprimento de um dever profissional, percorrido o mais pobre, o mais triste, o mais sujo bairro do Rio de Janeiro, - a zona que abrange a Saúde, a Gamboa, a Praia Formosa, entre a orla do mar e os morros da Conceição, do Pinto, da Providência. Nessa região cheia de trapiches, de estaleiros, de depósitos de madeira e carvão, de estalagens e de tavernas suspeitas, formiga uma população macilenta e triste. As ruas não são varridas, há becos e ladeiras, em que, mesmo depois de toda uma semana de sol, ainda a lama negra poreja umidade e miasmas (BILAC, 1901, p. 1).

Olavo Bilac registrou, de forma entusiástica, em suas crônicas, a sua satisfação com a modernização do Rio de Janeiro, visto que, assim, a capital se aproximaria das modernas cidades europeias.

Por outro lado, havia críticos da reforma, como o escritor Lima Barreto. Na época, o autor criou em suas crônicas a fictícia República dos Estados Unidos da Bruzundanga. Para Lima Barreto, de uma hora pra outra, a antiga cidade desapareceu, surgindo em seu lugar uma outra, como que “obtida por uma mutação de teatro”. Segundo o escritor, as reformas dividiam a cidade do Rio de Janeiro em duas partes, “uma europeia e outra indígena” (LIMA BARRETO, 1998, p. 86). Naquele contexto, o termo indígena tinha o sentido de nativo. Era nesta parte da cidade, a indígena, que viviam os negros, os nordestinos, os imigrantes latinos, enfim, a população pobre da cidade.

Se por um lado era necessário realizar adequações na capital, visando a sua modernização, principalmente da região portuária, por outro, tais adequações resultaram na expulsão da população pobre para os subúrbios e morros da cidade. Assim, as favelas passaram a fazer parte da imagem da cidade como um contraponto da sua modernização. Chama atenção, ainda, o fato de que estes locais, as favelas, passam a ser vistos como locais perigosos. Segundo o historiador Rômulo Costa Mattos (2009, p. 163), “no período das reformas urbanas, enquanto o Rio de Janeiro se modernizava, as favelas iam consolidando a sua condição de territórios das “classes perigosas” na grande imprensa.”

O outro desafio da gestão de Rodrigues Alves era eliminar as epidemias que assolavam a cidade. Em 1903, Oswaldo Cruz iniciou o combate à febre amarela. Sendo um adepto da teoria do médico cubano Carlos Finlay que, em 1881, havia identificado o mosquito transmissor da febre amarela, Cruz criou as chamadas “brigadas mata-mosquitos”. Essas brigadas visitavam as casas nas diversas regiões da cidade, muitas vezes acompanhadas pela polícia. Nessas “visitas”, as casas eram desinfetadas e os proprietários daquelas consideradas insalubres eram intimados a reformar o imóvel ou até mesmo a demoli-lo. No primeiro semestre de 1904, foram feitas cerca de 110.000 visitas domiciliares e interditados 626 edifícios e casas. A população contaminada era internada em hospitais.

Esse método de combate à febre amarela, que invadiu os lares, interditou, despejou e internou à força, não foi bem-sucedido. Batizado pela imprensa de “Código de Torturas”, as medidas desagradaram os opositores do governo, que reclamavam da quebra dos direitos individuais. Mesmo com todas as críticas e resistências, em 1907, a febre amarela já não era mais vista como uma doença epidêmica no Rio de Janeiro.

Já a campanha contra a peste bubônica correu bem. Para combatê-la, Oswaldo Cruz formou um esquadrão especial de 50 homens vacinados, que percorria a cidade espalhando raticida e mandando recolher o lixo. Criou o cargo de “comprador de ratos”, funcionário que recolhia os ratos mortos, pagando 300 réis por animal.

Além disso, estipulou uma meta para que cada morador da cidade eliminasse cinco ratos por dia. O cidadão que conseguisse eliminar oito ratos receberia 300 réis do governo, por cada animal acima da cota (assim, nesse exemplo, a pessoa faturaria do governo 900 réis pelos três ratos acima da cota). Diante do “prêmio extra”, as pessoas desempregadas, os boêmios e os malandros fizeram verdadeiros criatórios de ratos que, posteriormente, eram vendidos para o governo, o que acabou aumentando a quantidade de ratos na cidade. Essa situação foi registrada por João do Rio (1909, p. 42), na crônica “Pequenas Profissões”:

A mais nova, porém dessas profissões, que saltam dos ralos, dos buracos, do cisco da grande cidade, é a dos ratoeiros, o agente de ratos, o entreposto entre as ratoeiras das estalagens e a Diretoria de Saúde. Ratoeiro não é um cavador – é um negociante. Passeia pela Gamboa, pelas estalagens da Cidade Nova, pelos cortiços e bibocas da parte velha da urbs, vai até o subúrbio, tocando uma cornetinha com a lata na mão. Quando está muito cansado, senta-se na calçada e espera tranquilamente a freguesia, soprando de espaço a espaço no cornetim.

Apesar da função de “comprador de ratos” não ter atingido seu objetivo, os ratos foram exterminados, o número de casos de peste bubônica diminuiu e a situação foi controlada.

Durante todo esse processo, em 1904, uma epidemia de varíola assolou a capital. Somente nos cinco primeiros meses, 1.800 pessoas haviam sido internadas. Embora uma lei prevendo a imunização compulsória das crianças contra a doença estivesse em vigor desde 1837, ela nunca fora cumprida. Diante disso, no dia 31 de outubro de 1904, o governo conseguiu aprovar a lei que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola. Preparado pelo próprio Oswaldo Cruz - que tinha pouquíssima sensibilidade política -, o projeto de regulamentação saiu cheio de medidas autoritárias, tais como o poder da polícia sanitária “convidar” todos os moradores de uma área de foco a se imunizarem. O texto de regulamentação da lei vazou para um jornal. No dia seguinte à sua publicação, começaram as agitações no centro da cidade.

Políticos, militares de oposição e a população da cidade opuseram-se à

vacina. A imprensa não perdoou Oswaldo Cruz, dedicando-lhe charges cruéis ironizando a eficácia do remédio.

A população era incitada a enfrentar funcionários da saúde pública que, protegidos pelos policiais, invadiam as casas e vacinavam as pessoas à força. Havia aqueles que defendiam a resistência à bala, alegando que o cidadão tinha o direito de preservar o próprio corpo e não aceitar daquele líquido desconhecido.

Na realidade, o descontentamento da população não era só com a vacina. Era também com os problemas de moradia, com o alto custo de vida e com mais uma medida autoritária do governo. Entre os dias 10 a 18 de novembro de 1904, a cidade do Rio de Janeiro viveu o que a imprensa chamou de “a mais terrível das revoltas populares da República”. O cenário era desolador: bondes tombados, trilhos arrancados, calçamentos destruídos. Tudo isso feito por uma massa de 3.000 revoltosos.

O confronto com as tropas governamentais resultou em baixas dos dois lados, sem vencedores. Contudo, no dia 20 de novembro, a rebelião estava esmagada e começava na cidade a operação “limpeza”, com cerca de 1.000 pessoas detidas e 460 deportadas. A obrigatoriedade da vacina foi revogada, permanecendo em vigor a exigência do atestado de vacinação para trabalho, viagem, casamento, alistamento militar, matrícula em escolas públicas e hospedagem em hotéis.

Em 1904, cerca de 3.500 pessoas morreram de varíola. Dois anos depois, esse número caiu para nove. Em 1908, uma nova epidemia elevou os óbitos para cerca de 6.550, mas, em 1910, foi registrada uma única vítima. A cidade estava, enfim, reformada e livre do nome de “túmulo dos estrangeiros”.

Segundo o historiador José Murilo de Carvalho (1987, p. 138), “a Revolta da Vacina permanece como exemplo quase único na história do país de movimento popular de êxito baseado na defesa do direito dos cidadãos de não serem arbitrariamente tratados pelo governo”.

Professora, professor, como é discutida a “Revolta da vacina” em sua sala de EJA? É vista como um protesto legítimo e justificado ou como uma rebeldia irresponsável, fomentada por ignorância e por grupos com interesses políticos?

### 2.2.3 A gripe espanhola

Antes da Gripe, achava a morte rigorosamente linda. Linda pelos cavalos, e pelas plumas negras, e pelos dourados, e pelas

alças de prata. Lembro-me que, na primeira morte adulta que vi, cravou-se em mim a lembrança dos sapatos, inconsoláveis, tris-tíssimos sapatos. A Espanhola arrancou tudo, pisou nas dalias, estraçalhou as coroas. (RODRIGUES, 1967, p. 73).

De repente olhei para um dos espelhos venezianos e estremeci. Ele reproduzia o outro e os dois se repetiam numa cripta imensa de cada lado da sala, dez, vinte, cem, mil, umas dez mil virgens mortas cujos rostos iam se cavando e arroxendo na medida em que progredia o dia. (NAVA, 1976, p. 209).

A gripe espanhola foi uma pandemia que aconteceu entre 1918 e 1919, atingindo os cinco continentes e deixando um saldo de, no mínimo, 50 milhões de mortos. Ainda hoje, restam dúvidas sobre o local onde surgiu e o que fez dessa gripe uma doença tão terrível. Estudos realizados entre as décadas de 1970 e 1990 sugerem que uma nova linhagem do vírus *influenza* surgiu em 1916 e que, por meio de mutações graduais e sucessivas, assumiu sua forma mortal em 1918.

Os primeiros casos dessa pandemia foram registrados nos Estados Unidos, no Fort Riley, uma instalação militar localizada no estado do Kansas. O primeiro paciente, o soldado Albert Gitchell, foi internado com sintomas de gripe, em 11 de março de 1918. Nas semanas seguintes, mais de 1.100 outros soldados desse local foram internados com os mesmos sintomas. Acredita-se que foi por meio das tropas norte-americanas que participavam da Primeira Guerra Mundial que a doença se espalhou pelo mundo.

A denominação “espanhola” não se refere ao local de origem da doença, mas ao fato de a imprensa espanhola ter liberdade de divulgar as notícias sobre a gripe. Isso aconteceu porque a Espanha não participava da Primeira Guerra Mundial. Os países beligerantes optaram por esconder ou manipular as notícias sobre a gripe, uma vez que ela afetou profundamente a capacidade bélica dos exércitos, eliminando tropas inteiras – sendo, inclusive, conhecida como “febre das trincheiras”. Isso fez com que a cobertura espanhola ficasse conhecida no mundo e a pandemia passou a ser nomeada como “gripe espanhola”.

De acordo com os registros, tropas inteiras contraíram a gripe. Os soldados tinham dores de cabeça, febre alta e falta de ar. Em poucos dias, o doente morria, incapaz de respirar e com os pulmões cheios de líquido. Em carta descoberta e publicada no *British Medical Journal*, quase 60 anos depois da gripe espanhola, um médico americano escreveu que ao final, era triste ver homens sendo abatidos como moscas (ROCHA, 2020). Isso porque a doença iniciava como um tipo comum de gripe, mas, em seguida,



desenvolvia-se rapidamente para um tipo de pneumonia. Horas após dar entrada no hospital, era possível ver as manchas azuladas por todo o rosto do paciente, causadas pela falta de oxigenação.

A gripe espanhola alastrou-se pelo mundo em três ondas: a primeira, iniciada em março de 1918; a segunda, em agosto de 1918 e a terceira, em janeiro de 1919. A segunda onda ficou conhecida por ser a mais contagiosa e por ser responsável pelos maiores índices de mortalidade.

Uma vez estabelecida no continente europeu, a doença foi levada para o restante do mundo, pelo deslocamento de pessoas por causa de viagens ou pelo sistema de transporte internacional de mercadorias. No Brasil, por exemplo, ela chegou em setembro de 1918, por uma embarcação que veio da Inglaterra e passou por Lisboa, Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Os médicos da época não sabiam como tratar adequadamente a doença, entendendo-a como uma gripe comum, administrando, assim, remédios que se mostravam ineficazes. Então, os profissionais passaram a se dedicar a aliviar o sofrimento dos doentes.



*Figura 2. 4 - O uso de máscaras foi comum em alguns locais dos Estados Unidos como forma de diminuir o contágio da gripe espanhola.*

O colapso dos sistemas de saúde ocorreu em diferentes locais onde a doença chegou. Isso forçou a tomada de medidas emergenciais, como a improvisação de hospitais e de leitos para atender as pessoas que adoeciam. Quando se constatou que a doença era contagiosa, muitos locais

adotaram medidas de isolamento social. Por isso, foram decretados o fechamento de escolas, igrejas, comércio e repartições públicas em diferentes locais, inclusive no Brasil. Nos Estados Unidos, adotou-se o uso de máscaras para reduzir o contágio. Muitas cidades incentivaram a população a entrar em quarentena.

A gripe espanhola foi uma das piores pandemias da história da humanidade. Mostrou-se como uma doença com grande capacidade de contágio e altamente letal. Acredita-se que 25% de toda a população norte-americana foi afetada pela doença. Ao todo, os especialistas do assunto apontam que a quantidade mínima de pessoas que morreram de gripe espanhola, entre 1918 e 1919, tenha sido de 50 milhões, mas algumas estatísticas elevam esse total para até 100 milhões de pessoas. Aqui no Brasil, foi registrado, oficialmente, o total de 35 mil mortos.

### **A gripe espanhola no Brasil**

Enquanto na Europa a gripe se espalhava pelo continente, no Brasil, entre agosto e setembro de 1918, os jornais traziam algumas pequenas notícias sobre uma estranha doença, cujo diagnóstico era incerto. Essas notícias não despertaram a atenção das autoridades e nem da população em geral. Quando não eram ignoradas, eram tratadas com descaso ou em tom de anedota, como neste artigo, publicado na revista “A Careta”.

A influenza espanhola e os perigos do contágio - esta moléstia é uma criação dos alemães que a espalham pelo mundo inteiro, por intermédio de seus submarinos, (...) nossos oficiais, marinheiros e médicos de nossa esquadra, que partiram há um mês, passam pelos hospitais do front, apanhando no meio do caminho e sendo vitimados pela traiçoeira criação bacteriológica dos alemães, porque em nossa opinião a misteriosa moléstia foi fabricada na Alemanha, carregada de virulência pelos sabichões teutônicos, engarrafada e depois distribuída pelos submarinos que se encarregam de espalhar as garrafas perto das costas dos países aliados, de maneira que, levadas pelas ondas para as praias, as garrafas apanhadas por gente inocente espalhem o terrível morbus por todo o universo, desta maneira obrigando os neutros a permanecerem neutros. (1918, p. 31, *apud* GOULART, 2003, p. 28).

Essa atitude demonstrava a desinformação e o desconhecimento da so-

cidade sobre o problema que a ameaçava. Mas também pode ser entendida como o medo da população pela implantação de novas medidas autoritárias, como aquelas vividas na gestão de Oswaldo Cruz, durante o governo de Rodrigues Alves.

No Brasil, a epidemia chegou em setembro de 1918. O transatlântico inglês “Demerara”, vindo de Lisboa, sem saber que trazia o vírus, desembarcou passageiros infectados em Recife, Salvador e Rio de Janeiro (então capital federal). No mesmo mês, marinheiros que prestavam serviço militar em Dakar, na costa atlântica da África, desembarcaram doentes no porto de Recife. As autoridades brasileiras chegaram a ser notificadas sobre a morte de 156 oficiais e soldados integrantes da Missão Médica Brasileira, acometidos de um “mal desconhecido”.

Mesmo com essa notificação, os navios foram autorizados a atracar e nenhuma estratégia de combate à doença foi organizada. O serviço de profilaxia do porto não tinha como realizar a desinfecção de todos os navios que aportavam na capital federal e a aplicação de quarentenas em embarcações era considerada antinatural, pois acarretava problemas políticos, econômicos e sociais.

Em pouco mais de duas semanas, surgiram casos de gripe em outras cidades do Nordeste e em São Paulo. Em outubro, a gripe espanhola já se fazia presente em várias cidades do país.

Contudo, nenhuma estratégia de combate à moléstia foi previamente montada para socorrer a população. Na verdade, a pandemia explicitou a falta de investimento em saúde pública. Os hospitais, quando funcionavam, não tinham materialidade e nem equipe qualificada para atender a população, que acabou dependendo, na maior parte do tempo, de iniciativas das esferas privadas, como igrejas, clubes e a Cruz Vermelha Brasileira.

A gripe era considerada uma doença comum e corriqueira, que atacava especialmente indivíduos idosos – chamada popularmente de ‘limpa-velhos’. Já a gripe espanhola tinha, na faixa etária entre 20 e 40 anos, a maioria de suas vítimas, o que causava surpresa entre os médicos. No entanto, essa era a faixa etária da classe trabalhadora, primeira vítima da doença.

O fato de a gripe ter vitimado pessoas de diferentes grupos sociais não significa que a doença atingiu toda a população sem distinção. As pesquisas indicam que a gripe desenvolveu-se de acordo com o padrão de mortalidade de cada grupo social, sendo mais violenta e letal nas regiões mais pobres, onde as pessoas sofriam com a má nutrição e doenças crônicas e ainda conviviam com uma estrutura sanitária deficiente.

No Rio de Janeiro, conforme relatos que se seguem, a cidade rapidamente entrou à beira de um colapso. Faltavam alimentos, remédios, médicos e hospitais que recolhessem os doentes mais graves. Pouco a pouco, devido à falta de coveiros e caixões, as ruas da cidade transformaram-se em um mar de insepultos. A moléstia atacava com uma violência nunca antes presenciada.

Mas a Espanhola não fazia nenhuma condição à vaidade dos mortos. E o apavorante era a solidão, o abandono e, sobretudo, a humilhação. Morrer na cama era um privilégio abusivo e aristocrático. O sujeito morria nos lugares mais impróprios insuspeitados: – na varanda, na janela, na calçada, na esquina, no botequim. Normalmente, o agonizante põe-se a imaginar a reação dos parentes, amigos e desafetos. Na Espanhola não havia reação nenhuma. Muitos caíam, rente ao meio-fio, com a cara enfiada no ralo. E ficavam lá, estendidos, não como mortos, mas como bêbados. Ninguém os chorava, ninguém! Nem um vira latas vinha lambê-lo. Era como se o cadáver não tivesse nem mãe, nem pai, nem amigo, nem vizinho e, nem ao menos, inimigo. (RODRIGUES, 1967, p. 73).

Aterrava a velocidade do contágio e o número de pessoas que estavam sendo acometidas. Nenhuma de nossas calamidades chegara aos pés da moléstia reinante: o terrível não era o número de casualidades - mas não haver quem fabricasse caixões, quem os levasse ao cemitério, quem abrisse covas e enterrasse os mortos. O espantoso já não era a quantidade de doentes, mas o fato de estarem quase todos doentes, a impossibilidade de ajudar, tratar, transportar comida, vender gêneros, aviar receitas, exercer, em suma, os misteres indispensáveis à vida coletiva. (NAVA *apud* TEIXEIRA, 1993, p. 21).

Tinha-se medo de sair à rua. As cidades ficaram vazias: bancos, repartições públicas, teatros, bares e tantos outros estabelecimentos fecharam as portas, ou por falta de funcionários ou por falta de clientes. Em São Paulo, especialmente, quem tinha condições deixou a cidade, refugiando-se no interior, onde a gripe não tinha aparecido. Diante do desconhecimento de medidas terapêuticas para evitar o contágio ou curar os doentes, as autoridades aconselhavam apenas que se evitassem as aglomerações.

Nos jornais, multiplicavam-se receitas. Cartas enviadas por leitores recomendavam pitadas de tabaco e queima de alfazema ou incenso para evitar o contágio e desinfetar o ar. Com o avanço da pandemia, sal de quinino,

remédio usado no tratamento da malária e muito popular na época, passou a ser distribuído à população, mesmo sem qualquer comprovação científica de sua eficiência contra o vírus da gripe. Na cidade de São Paulo, a população em peso recorreu a um remédio caseiro: cachaça com limão e mel. Em consequência, o preço do limão disparou e a fruta sumiu das mercearias. De acordo com o Instituto Brasileiro da Cachaça, acredita-se que foi dessa receita, supostamente terapêutica, que nasceu a caipirinha (REIS, 2020) .

Durante a pandemia de 1918, Carlos Chagas, médico sanitário, assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz, reestruturando sua organização administrativa e de pesquisa. A convite do então presidente da república, Wenceslau Brás, Chagas liderou a campanha para combater a gripe espanhola, abrindo hospitais de campanha no Rio de Janeiro e em São Paulo. Além disso, criou postos de atendimento nas estações de trem de subúrbio do Rio de Janeiro, região mais afetada da cidade, fechou escolas e proibiu eventos com aglomeração de pessoas. É nesse momento que os jornais começam a publicar na primeira página os protocolos de cuidado, como lavar as mãos, necessidade da boa alimentação e recomendação para não visitar as pessoas.

Entretanto, do mesmo modo abrupto e repentino com que chegou ao Brasil, a gripe espanhola desapareceu. Estima-se que, entre outubro e dezembro de 1918, período oficialmente reconhecido como pandêmico, 65% da população adoeceu. Só no Rio de Janeiro, que contava com uma população em torno de 910.000 habitantes, foram registradas 14.348 mortes e 600.000 pessoas infectadas. Em São Paulo, outras 2.000 pessoas morreram e, embora tenham sido notificados 116.777 casos (22,32% da população), acredita-se que o total de pessoas infectadas pela gripe espanhola tenha sido de 350 mil, o que corresponde a cerca de dois terços da população da cidade. Em dezembro, já eram raros os contágios.

Segundo o infectologista Stefan Cunha Ujvari, no Brasil, a doença teve um ciclo de seis semanas e, de acordo com os dados, mais de 60% da população ficou doente (ABREU, 2020). Esse alto número de infectados, ao que tudo indica, fez as pessoas ficarem imunes à gripe, fazendo com que o vírus não encontrasse mais pessoas suscetíveis. É a chamada imunidade de rebanho.

De repente, passou a gripe. Ninguém pensava nos mortos atirados nas valas, uns por cima dos outros. Lá estavam, humilhados e ofendidos, numa promiscuidade abjeta. A peste deixara nos sobreviventes não o medo, não o espanto, não o ressentimento,

mas o puro tédio da morte. Lembro-me de um vizinho perguntando: – quem não morreu na Espanhola? E ninguém percebeu que uma cidade morria, que o Rio machadiano estava entre os finados. Uma outra cidade ia nascer. Logo depois, explodiu o carnaval. E foi um desabamento de usos, costumes, valores, pudores. (RODRIGUES, 1967, p. 74).

Professora, professor, o que podemos refletir sobre a gripe espanhola em comparação com a pandemia atual de covid-19? Quais paralelos podemos traçar entre as duas em relação:

- às políticas públicas?
- ao isolamento social?
- ao exercício da cidadania?
- e à disseminação da informação?

O relato que se segue foi elaborado por Mariete Menezes Amaral Rodrigues e pelo Ariel Boas Costa e Silva, professores de História da Rede Estadual de Educação de Minas Gerais. Trata-se de um relato que se baseia em três momentos históricos distintos: a gripe espanhola, de 1918; a epidemia de meningite, de 1974, e pandemia de covid-19. Para tanto, apoiam-se em depoimentos de duas testemunhas oculares: Dona Luzia, mãe da professora Mariete e de Dona Helena, mãe de uma aluna da professora Mariete, quando esta trabalhava no município de Rio Pardo Minas, em 1986.

### **2.3 Relato de Experiência - Gripe espanhola, meningite e covid-19: as epidemias atingem as classes populares**

No livro de memórias “Chão de Ferro”, o escritor e médico mineiro Pedro Nava relata, com detalhes, o que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, quando a gripe espanhola se instalou na então capital federal e tornou-se uma calamidade de proporções ainda desconhecidas. O doente morria em pouco tempo, incapaz de respirar e com os pulmões cheios de líquido. “Era apavorante a rapidez com que ela ia da invasão ao apogeu, em poucas horas, levando a vítima às sufocações, às diarreias, às dores lancinantes, ao letargo, ao coma, à uremia, à síncope e à morte em algumas horas ou poucos dias” (NAVA, 2012, p. 98).

O ano era 1918. O mundo vivia as consequências do fim da Primeira Grande Guerra, quando outra tragédia já se anunciava: a gripe espanhola. Pro-



vavelmente, ela tenha se originado em algum lugar nos Estados Unidos e chegado à Europa com os soldados estadunidenses. A gripe chegou ao Brasil em setembro de 1918. O navio inglês “Demerara”, vindo de Lisboa, desembarca passageiros contaminados em Recife, Salvador e Rio de Janeiro, de modo que a doença logo se espalha pelo interior do Brasil. No início do século XX, as notícias chegavam ao interior através dos serviços postais dos Correios. As cartas, jornais, revistas, encomendas eram, muitas vezes, levados e trazidos em malas, a pé ou a cavalo pelos carteiros. Quando as pessoas do interior souberam da gripe espanhola, pelas notícias detalhadas vindas das capitais, a epidemia já havia se instalado, inclusive nas zonas rurais. Os movimentos espaciais de pessoas e de doenças, naquela época, eram mais intensos do que a dispersão de informações, o que fez com que a doença se espalhasse mais rápido que as notícias sobre ela.

Minha mãe, Dona Luzia, tem hoje (2020) 94 anos de idade. Ela nasceu oito anos depois do início da epidemia, na atual cidade de Carmópolis de Minas, situada a 110 km de Belo Horizonte, e teve a sua família marcada por este vírus. Apesar de não ter vivido o auge da epidemia, as histórias familiares ficaram marcadas em sua memória. Ela atesta que as informações, no início do século passado, demoravam muito para chegar às cidades do interior. Muitas pessoas não sabiam da existência da “espanhola” e muito menos que ela já estava presente nas cidadezinhas. Os que tinham acesso às informações vindas da capital imaginavam que a doença atingiria apenas as grandes cidades.

E foi no vai e vem de pessoas na estação de trem, nas escassas jardineiras que faziam viagens para as cidades maiores; nos longos caminhos dos caixeiros viajantes com suas infinitas mercadorias ou nas buscas e levas de notícias a pé ou a cavalo, que a gripe tornou-se presente na vida da população interiorana. Apesar de não ter vivenciado o período em que o vírus foi espalhado por sua cidade, Dona Luzia escutou e guardou em sua memória os lamentos de seus familiares. Emprestando-nos suas lembranças, ela diz: “Minha mãe sempre contava sobre a tragédia que foi a gripe espanhola. Segundo ela, os sinos tocavam a toda hora, anunciando as mortes, uma prática comum no interior. E todo dia descia um enterro na rua em que ela morava. O caos tomou conta da cidade, as ruas ficaram desertas e eram poucos os coveiros para o número de mortos. Muitos homens fortes eram chamados para ajudar a abrir as covas. Os corpos das vítimas eram recolhidos e enterrados às pressas.”

Diante da epidemia, para a qual ainda não havia tratamento eficaz, o afloramento dos saberes populares foi intenso e veio como resposta à incapacidade da medicina para eliminar a gripe. Eram várias as receitas troca-



das por benzedeadas, curandeiros e até farmacêuticos, além das fórmulas utilizadas pela elite médica, tudo em busca da cura. Receitas milagrosas, chás, emplastos e beberagens diversas, compostas de limão, canela, folhas de eucalipto, alho, cebola, tudo foi amplamente empregado. As pessoas acreditavam que era possível tratar a “espanhola” da mesma forma que tratavam uma gripe comum! Dona Luzia conta: “Minha avó falava do uso da cachaça com limão para livrar-se da doença. Em pouco tempo, ela mesma notou que esse tratamento não tinha nenhuma eficácia”.

Nos jornais das capitais multiplicavam-se receitas. Cartas enviadas por leitores recomendavam pitadas de tabaco e queima de alfazema ou incenso para evitar o contágio e desinfetar o ar. Com o avanço da pandemia, sal de quinino, remédio usado no tratamento da malária e muito popular na época, passou a ser distribuído à população como uma medida desesperada do Estado brasileiro. O medicamento foi distribuído em massa, mesmo sem qualquer comprovação científica de sua eficiência contra o vírus da gripe espanhola e com muitas contraindicações e possíveis efeitos colaterais.

Diante do desconhecimento de medidas terapêuticas para evitar o contágio ou curar os doentes, as autoridades dos grandes centros aconselhavam apenas que se evitassem as aglomerações. Minha mãe nos presenteia com mais relatos. A escola onde a minha vó (mãe de Dona Luzia) trabalhava foi fechada no final do mês de novembro de 1918 e todos os alunos foram aprovados. A ordem era para que todos ficassem em casa. Não havia recomendações oficiais sobre o uso de máscaras. Crianças tornavam-se órfãs, famílias eram destruídas. Alguns sobreviventes diziam ter sido algo tão horrível que não queriam sequer falar no assunto. Ainda nas memórias de Dona Luzia estão os casos que sua mãe contava sobre uma tia que perdeu seis dos oito filhos, todos vitimados pela gripe. Foi um eterno luto.

Nas recordações que se fazem presentes, Dona Luzia se emociona ao contar as histórias dos tempos difíceis que ela ouviu na infância. Sua mãe perdeu uma irmã, Madalena, vítima da gripe espanhola. Moça jovem, estava de casamento marcado. Chegaram a pensar que era só uma febre, mas era a “espanhola” batendo na porta da sua casa. Foi uma grande tragédia. O vírus matava em questão de dias e com Madalena não foi diferente. Ela adoeceu num dia de quinta-feira e na segunda-feira seguinte já estava morta. Foi uma choradeira, meu avô ficou muito sentido. Ficava horas olhando para o vazio, sem acreditar que sua filha caçula estava morta.

As famílias ricas foram menos atingidas do que as famílias pobres, porque refugiaram-se em fazendas no interior do país, mantendo distância do ví-

rus e das aglomerações populacionais. Com a mesma rapidez que chegou ao Brasil, a gripe espanhola desapareceu, deixando em seus rastros o pânico e a morte. Ela é considerada, ainda hoje, a epidemia mais mortal da história, em um período tão curto. Dados da Fundação Fiocruz indicam que entre outubro e dezembro de 1918, período oficialmente reconhecido como pandêmico, acometeu 65% da população brasileira. Entre os anos de 1918 e 1920, a gripe espanhola deixou cinco vezes mais mortos no mundo do que as batalhas da Primeira Guerra Mundial.

Os depoimentos sobre a “espanhola” compuseram as narrativas que marcaram minha infância e adolescência, ganhando novos e inesperados pontos de inflexão, com o advento da pandemia de covid-19. No entanto, nesses novos tempos de isolamento social, eu não me recordo somente das narrativas maternas de Dona Luzia, mas também de Dona Helena, mãe de um aluno da época em que iniciei meus trabalhos como professora, em meados dos anos de 1980. Ele teve uma de suas filhas acometida pelo surto de meningite, no início da década de 1970. Antes de relatar o depoimento de Helena, vale a pena descrever, em linhas gerais, o contexto histórico em que essa enfermidade se proliferou.

Na década de 1970, o Brasil foi palco de outra epidemia, que causou nova devastação, principalmente nos meios populares e periféricos. A meningite assolou o país entre os anos de 1971 e 1974. Apesar de a época coincidir com a massificação das emissoras de rádio e televisão no Brasil, o avanço da doença foi pouco noticiado. Nesse momento histórico, marcado pela ditadura civil militar e seu autoritarismo, vivíamos o auge do “milagre econômico”, que era construído não só nas políticas econômicas liberais, mas também na propaganda de um país desenvolvido, em que não havia espaço para o caos.

Na época, médicos foram proibidos de conceder entrevistas sobre o tema. Reportagens sobre a enfermidade foram censuradas. Não havia dados oficiais. O governo tinha consciência da letalidade da doença, mas não queria expor a fragilidade do sistema de saúde. Era preciso manter em segredo as questões sobre a epidemia, caso contrário o governo teria reflexos negativos no curso da campanha eleitoral que se iniciava. Em 1974, haveria eleições para o Senado Federal e a Arena, partido dos governos militares, precisava ter um desempenho eleitoral satisfatório. Enquanto o governo escondia os fatos, a doença se espalhava e fazia cada vez mais vítimas.

Moradora do interior mineiro, Dona Helena traz um relato marcante. Natural de Rio Pardo de Minas, a cidade mais antiga da região norte do estado de Minas Gerais, ela divide suas lembranças contando a sua experiência com a doença na década de 1970: “Várias crianças adoeceram. Como se

sabe, no interior, as notícias demoravam a chegar. As pessoas não sabiam que doença era aquela. A minha filha Neuza adoeceu e a gente, pobre, nem sabia o que a bichinha tinha. Ela estava bem franzina, a cabeça doía e ela tinha febre alta”.

Como era previsível, o surto da meningite ganhou vida nas periferias das capitais, especialmente em São Paulo, e se espalhou em ondas despercebidas, atingindo os interiores dos estados do sudeste brasileiro. Diante do aumento da pobreza na ditadura, as condições de vida pioravam e a população empobrecida foi a maior vítima dessa epidemia. Na visão de Dona Helena, mulher de pouca leitura, como ela mesma dizia, os pobres sofrem o descaso de toda sorte. Ela prossegue o relato, contando que: “No hospital só tinha vaga para os ricos e nós ficamos esperando surgir um leito para ela. Eu já tinha calejado os joelhos de tanto rezar, não dormia, preocupada com ela. É muito difícil quando filho adoece. E aí surgiu uma vaga, ela foi internada e o Dr. Mário cuidou dela. Ele dizia que ela tomou benção a São Pedro e voltou, porque ela chegou a ficar desacordada por dias seguidos”.

As memórias de Dona Helena são retratos fiéis da irresponsabilidade do Estado brasileiro, durante a ditadura, em relação às pessoas pobres. “No hospital não falavam qual era a doença daquelas crianças. Neuza já estava mocinha, quando o Dr. Mário disse que ela fora acometida de meningite, mas, na época, os hospitais foram avisados que não poderiam falar sobre a doença. Nunca entendemos”.

Ao sonegar informações e impedir que a imprensa da época tratasse do assunto, não foram adotadas medidas de contenção e prevenção e a crise avançou. O Estado agia como se o silêncio sobre o problema fizesse com que ele deixasse de existir. Pois, de fato, a epidemia não era um problema grande o suficiente para incomodar a elite que governava o país.

Assim que a doença atingiu a população mais abastada financeiramente, a pressão cresceu. Enquanto a doença atingia apenas os pobres, ela era invisível. Entretanto, a partir do momento em que a epidemia passa a atingir as classes privilegiadas, a mídia, mesmo diante da censura, ganha espaço para informar a população sobre a meningite. A vacina chega em 1974 e, em março de 1975, foi elaborado o plano básico de operações, para garantir a vacinação de 10 milhões de pessoas em apenas quatro dias. Tardiamente, a epidemia começa a ser controlada.

É possível traçar paralelos interessantes entre a atual pandemia de covid-19 e as epidemias de gripe espanhola e meningite. No século XXI, não enfrentamos mais o problema da lenta e frágil disseminação de informações, nem da censura de um governo ditatorial. Entretanto, a con-

temporaneidade nos reserva um problema que vai em direção oposta: a superinformação. O grande número de notícias, constatações e boatos que adentram nossas residências pelas redes sociais e veículos midiáticos não mais nos permite um tempo de apreciação das informações que consumimos. Temos dificuldades em saber o que é verdadeiro, o que é falso e em quem confiar. Esse ambiente de superinformação e falta de critérios por parte de quem veicula os dados na rede mundial torna-se adubo, que fertiliza o ambiente onde o coronavírus cresce livremente. De qualquer forma, as três situações ilustram uma realidade que tenta ser silenciada pela ideia de que doenças não fazem distinção social, embora saibamos que os sujeitos periféricos e empobrecidos estão sempre em situação de maior fragilidade em contextos de pandemia, num contexto em que uma das marcas é a negação do seu direito à saúde.

## 2.4 Sequência Didática - Crises sanitárias

Laura A. Oliveira Palhares

Além dos sentimentos de medo e insegurança, gerados em decorrência da covid-19, a vivência de uma pandemia nos faz refletir e voltar nosso olhar ao passado, levantando os mais diversos tipos de questionamento. Seriam as pandemias raridade na história da humanidade? Como aconteceram, quais foram suas consequências, como foram tratadas e experienciadas?

A partir da frase do escritor Argelino Albert Camus, “Há no mundo tantas pestes quanto guerras.”, podemos concluir que lidar com doenças altamente infecciosas, em nível mundial, não é algo recente na história. Relatos de pandemias atravessam as barreiras dos séculos e nos antecedem cerca de 2.000 anos. Esses mostram as doenças gerando o caos, o medo e retirando o véu turvo que insiste em recobrir as fragilidades e disparidades sociais presentes na humanidade. Na busca de um culpado, grupos da sociedade ganham estigmas preconceituosos e excludentes.



Figura 2.7 - O Cortiço no Rio de Janeiro na primeira metade do séc XX.

No Brasil, há tempos as mazelas pandêmicas e epidêmicas expõem a desigualdade no acesso à infraestrutura adequada necessária no combate a enfermidades contagiosas.

*Objetivos de aprendizagem:*

- historicizar as diversas pandemias que perpassaram a história da humanidade, através de documentos como trechos literários e manchetes de jornal;
- diferenciar pandemia de epidemia;
- analisar a saúde pública brasileira e as disparidades que permeiam seu acesso, tendo como consequência crises epidêmicas no país;
- comparar, através de trechos de jornal e manchetes, a pandemia de gripe espanhola vivida no Brasil, em 1918, e a da covid-19;
- desmitificar a materialização de inimigos, supostamente causadores das pandemias, geradora de ataques e exclusão de grupos específicos da sociedade;
- questionar a origem da nomenclatura dada a cada crise pandêmica e seus efeitos.

## **AULA 1 - A literatura das pandemias**

*Materiais necessários:* projetor, documentos com trechos literários a serem analisados.

*Organização da turma:* a critério do professor.

*Objetivos da aula:*

- analisar trechos de obras literárias das mais diversas épocas, que relatam as maiores pandemias ocorridas ao longo da história da humanidade;
- estabelecer semelhanças e diferenças dos contextos e consequências derivadas das crises pandêmicas vividas;
- perceber os sentimentos em comum gerados pela vivência de uma pandemia.

*Contextualização:* A pandemia ocorrida em 2020 trouxe a sensação de enfrentamento de guerra no campo da saúde. Será que, assim como as guerras na história da humanidade, as pandemias são recorrentes? Vivemos um momento único, nunca antes experimentado no passado?

Gerando crises por onde passam, essas doenças altamente infecciosas desequilibram por completo o cotidiano e abalam as estruturas sociais vigentes. Com isso, desnudam as fraquezas e insuficiências humanas, expondo, de maneira colossal, as mazelas residentes na nossa frágil sociedade. Por esse motivo, quando se estuda a história das principais pandemias já vividas, o olhar não deve ser voltado para elas em si, contemplando os sintomas das doenças, formas de transmissão e especificações das enfermidades, mas é preciso compreender como a sociedade reage a elas. Trata-se de retirar o foco das pandemias e deslocá-lo para o comportamento humano diante delas.

As marcas profundas, deixadas pelo caráter transformador das pandemias na sociedade, podem ser observadas na literatura, desde seus primórdios. Seja passando por Tucídides, relatando a peste de Atenas ou por “Decameron” (1348 e 1353), de Giovanni Boccaccio, expondo os horrores da peste negra; chegando a Nelson Rodrigues e seus relatos sobre a vinda da gripe espanhola ao Brasil, inspirando livros ficcionais, como “A peste”, de Alberto Camus, as enfermidades altamente infecciosas eternizam-se na literatura e nos permitem encontrar diversas semelhanças na resposta humana às crises de saúde geradas por elas.

Analisando trechos dos livros citados acima, é possível relacionar as consequências das diferentes doenças relatadas, tanto entre si quanto com a covid-19. Mais de um milênio depois dos primeiros relatos pandêmicos, a melhor resposta para o combate a essas enfermidades continua sendo o mesmo exposto por Tucídides e Giovanni Boccaccio: o isolamento. Outras correspondências comportamentais entre as mais remotas pandemias e a atual são: a falta de conhecimento e ferramentas efetivas no combate aos microrganismos causadores das doenças, o deslocamento do papel da religião na sociedade e o rompimento com rituais de suma importância social, como o funeral e a vivência do luto, que acabam por indicar a banalização da morte em decorrência de sua massificação.

*Desenvolvimento:* Comece a aula introduzindo os seguintes questionamentos: considerando o momento vivido em decorrência da covid-19, podemos dizer que foi a primeira vez, na história da humanidade, em que uma doença tomou proporções tão grandes? Você conhece alguma situação histórica semelhante?

Adiante, é necessário apresentar às/aos estudantes os documentos a serem examinados, fazendo antes uma breve contextualização das obras em foco e seus autores.

A partir dos textos literários selecionados, analise a descrição das doenças, presentes nos relatos feitos pelos autores e suas consequências na sociedade. No momento seguinte, pergunte às/aos estudantes: quais as semelhanças notadas entre os relatos literários das pandemias? De que maneira é possível relacionar o conteúdo dos documentos com o que foi vivido face ao coronavírus?

Para finalizar, será a vez da turma, assim como os escritores documentados, as/os estudantes deverão produzir um texto, escrevendo um conto, a partir de sua vivência da pandemia enfrentada em 2020.

## **AULA 2 - Estrutura do Brasil ao longo do tempo e as epidemias**

*Materiais necessários:* projetor.

*Organização da turma:* a critério do professor.

*Objetivos da aula:*

- diferenciar pandemia de epidemia;
- compreender a crise sanitária epidêmica vivida no Brasil durante o século XX;
- constatar a presença de epidemias no Brasil até os dias de hoje;
- relacionar a falta de infraestrutura no Brasil com a recorrência das epidemias;
- comparar as semelhanças estruturais entre o contexto de crise sanitária do século XX e o atual, no Brasil.

QRCode 2.1  
Notícia sobre  
acesso a  
saneamento  
básico



*Contextualização:* Diferentemente das pandemias, que são doenças com altos índices de casos, em esfera continental ou mundial, as epidemias afetam uma área geográfica limitada, como um município, estado ou país. As epidemias assolam o Brasil há tempos e se intensificaram com as tentativas de urbanização desorganizadas, culminando em uma crise sanitária, no século XX. Tendo como característica o modelo econômico de grande concentração fundiária, as epidemias constituíram-se como um reflexo da desigualdade no acesso à infraestrutura e à saúde no país. A capital brasileira na época, o Rio de Janeiro, era o maior exemplo disso, seus bairros



nobres, habitados por uma pequena parcela da população, contavam com vias largas, redes de esgoto e água encanada. Em contraste, a maior parte dos cariocas aglomeravam-se em cortiços e tinham como realidade ruelas estreitas e falta de saneamento básico que, somados à coleta precária de lixo, resultavam em ruas infestadas de ratos e convívio diário com mosquitos. Tratava-se do cenário ideal para a proliferação em massa de doenças como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica.

Buscando modernizar a cidade e retirar o estigma que pairava sobre o Rio de Janeiro, um projeto liderado por Oswaldo Cruz deu início ao combate às principais doenças que assolavam a população carioca, implementando obras de demolição e medidas sanitárias que resultariam em embates entre as camadas mais pobres da população e os agentes do estado e que, mais a frente, culminariam na Revolta da Vacina.

Ainda hoje, a falta de infraestrutura e a falha no fornecimento de saneamento básico, de forma homogênea, para a população fazem com que o Brasil enfrente epidemias que colocam em risco a vida de seu povo. Acesando os dados disponíveis no site do Portal da Indústria, é possível ter uma maior noção da situação do abastecimento de água em cada estado do país ou região, assim como do tratamento de esgoto e porcentagem de municípios em alerta epidêmico, por estado. O site também torna viável comparar os dados fornecidos entre estados e regiões, fornecendo informações ainda mais completas sobre a situação específica enfrentada pela região geográfica requerida.

A visualização dos gráficos do site torna clara a relação entre infraestrutura e epidemia. Estados como Pará e Acre, onde menos da metade da população recebe água tratada e só 10% da mesma têm acesso à coleta de esgoto, são os que apresentam o maior índice epidêmico por município.

*Desenvolvimento:* Comece a aula questionando como diferenciar as epidemias das pandemias, introduzindo, em seguida, o conceito de cada uma. Logo, por meio da análise das fotos e charges produzidas no Rio de Janeiro do século XX, trabalhe a crise sanitária vivida no Brasil naquele período, detalhando a estrutura urbana desigual, os problemas de saúde pública enfrentados na época, as epidemias decorrentes dos mesmos e o projeto de modernização e combate às doenças.

Na segunda parte da aula, é necessário levantar a seguinte reflexão: as epidemias ficaram no passado do Brasil? O país, atualmente, tem uma estrutura que permite a garantia de acesso ao saneamento básico, de forma homogênea, para toda a população? Com o auxílio do site do Portal da Indústria, faça a comparação de dados que revelam a desigualdade de recursos sanitários no país e a alta ocorrência de epidemias nos municípios.

Para finalizar a aula, aconselha-se perguntar às/aos estudantes a quais recursos de saneamento básico elas/es têm acesso e se já foram acometidas/os por alguma doença considerada epidêmica no Brasil. A partir das respostas da turma, deve-se criar um pequeno gráfico com seus próprios dados.

### AULA 3 - Gripe espanhola através da imprensa

*Materiais necessários:* projetor.

*Organização da turma:* a critério do professor.

*Objetivos da aula:*

- analisar a gripe espanhola no Brasil, a partir de manchetes de jornais;
- comparar a vivência da gripe espanhola com a covid-19 no Brasil.



Figura 2.8 - O Combate, 28 de outubro de 1918.

*Contextualização:* A pandemia da gripe espanhola, trazida para o Brasil a bordo do navio Demerara, encontrou aqui um governo despreparado e, conseqüentemente, uma população desinformada. Além disso, houve um descrédito inicial face ao perigo que a virose oferecia. Essa combinação de fatores resultou em mortes em massa, principalmente nas camadas mais jovens e pobres da população, que se colocavam em risco diariamente, na tentativa de garantir seu sustento. A sociedade entrou em colapso. Para boa parte dela faltou remédio e alimentos e, em seguida, com o povo tomado pelo medo, as cidades ficaram vazias. Enquanto isso, os jornais enchiam-se de anúncios de morte e falsas promessas de cura para a gripe. A tragédia conseqüente da gripe espanhola foi quase esquecida e, aparentemente, a maneira com a qual o Brasil lida com pandemias não mudou. O Causo Pedagógico sobre a gripe espanhola, no início da capítulo, pode, facilmente, ser relacionado com o momento atual. Primeiro, a descrença, a falta de preparo do governo, a conseqüente desinformação da população. Por fim, as camadas pobres sendo obrigadas a se colocar em risco dentro de uma situação emergencial de saúde, para garantir seu sustento.

*Desenvolvimento:* A partir leitura do Causo Pedagógico, seguida da análise das manchetes dos jornais de 1918, remonte o contexto da doença no Brasil, contemplando a forma como foi encarada e suas conseqüências. Em seguida, faz-se necessário abrir uma discussão para estabelecer quais as semelhanças notadas entre a covid-19 e a gripe espanhola.

Após a realização da primeira parte da aula, recomenda-se a produção, individual ou coletiva, da montagem de um pequeno parágrafo, comparando a pandemia do século XX com a atual.

#### **AULA 4 - Materialização do mal durante as pandemias: a busca de um inimigo**

*Materiais necessários:* projetor.

*Organização da turma:* a critério do professor.

*Objetivos da aula:*

- examinar o nome escolhido para o vírus covid-19;
- reconhecer a criação de um inimigo portador do perigo iminente diante de crises (sejam elas de saúde ou securitárias), ao longo da história da humanidade;
- identificar os perigos dessa materialização.

*Contextualização:* O nome covid-19 foi cuidadosamente escolhido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para que a terminologia da doença não a associasse a um determinado grupo de pessoas, países e até mesmo animais. A nomenclatura dada à doença originada pela infecção do vírus da família *sars corona* tem sua origem na junção das iniciais corona, vírus e doença, combinada com a adoção do número 19, oriunda do ano 2019, em que ocorreram os primeiros casos da enfermidade, formando o termo covid-19.

A cautela com a qual a OMS lidou com a escolha da terminologia para esta doença viral levanta a reflexão do que está por trás da nomenclatura das doenças. Em se tratando de surtos pandêmicos e endêmicos passados, temos exemplos de culpabilização de um grupo: os judeus, durante a peste bubônica; mexicanos, na gripe porcina, em 2009; e homossexuais, durante a pandemia de aids no mundo, na década de 80. Na história do nosso país, no início da Primeira República, os cortiços abarrotados eram considerados caldeirões produtores de doenças e, por conseguinte, seus habitantes eram vistos como portadores das pestes.

As pandemias e epidemias têm grande potencial transformador e trazem consigo crises e rupturas, que geram medo e insegurança na população. É notável, na história dessas doenças, a procura de um “bode expiatório”. Há uma necessidade de se materializar um inimigo portador de todo mal

e que, necessariamente, deve ser combatido. Isso faz com que um certo grupo da sociedade seja alvo de estigmatizações, ataques e tentativas de exclusão. Usualmente, esses grupos são recortados a partir do lugar de onde vêm, das características físicas, do estilo de vida ou, até mesmo, da ocupação profissional.

Na atualidade, nota-se a tentativa de um grupo de associar a covid-19 à China. Apesar dos esforços das organizações internacionais de saúde para desassociar a doença ao país e seus habitantes, o presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, insiste usar o termo “vírus chinês”. No Brasil, diversos políticos também fazem uso do termo preconceituoso. Enquanto isso, crescem os ataques xenofóbicos sofridos pela população oriental e seus descendentes em todo o mundo.

*Desenvolvimento:* Inicie sua aula lendo e analisando, com a turma, as notícias selecionadas, abrindo espaço para o debate acerca do que, possivelmente, motivou a escolha do uso do termo “vírus chinês” e suas possíveis consequências, aproveitando para esclarecer a terminologia “covid-19” e seu objetivo.

Em uma segunda parte da aula, após a leitura do Causo Pedagógico, é aconselhável introduzir outros exemplos de preconceito ou xenofobia desencadeados pela materialização de um grupo inimigo, supostamente portador e causa exclusiva da doença, levantando questionamentos sobre a formação do nome das doenças e suas possíveis associações. É interessante, também, refletir sobre o uso do termo “peste” e o que ele significa.

Cara professora, caro professor, suas alunas e seus alunos já sofreram algum tipo de discriminação em relação ao lugar de onde vieram/residem, às características físicas, ou por causa de alguma doença? Se não, já viram isso acontecer? Reflitam a respeito e, posteriormente, solicite a produção de um relato de experiência, oral ou escrito.

## Anexos

### A peste

*“Porque um homem morto só tem peso se foi visto morto, cem milhões de cadáveres semeados através da história são apenas uma fumaça na imaginação” (CAMUS, 1947, p. 42).*

### Peste de Atenas

*[...]sem causa aparente, mas de súbito e enquanto gozavam de boa saúde, as pessoas eram atacadas primeiro por intenso calor na cabeça e vermelhidão e inflamação nos olhos, e as partes internas da boca (tanto a garganta quanto a língua) ficavam imediatamente da cor de sangue e passavam a exalar um hálito anormal e fétido. No estágio seguinte, apareciam espirros e rouquidão, e pouco tempo depois o mal descia para o peito, seguindo-se tosse forte. Quando o mal se fixava no estômago, este ficava perturbado e ocorriam vômitos de bile de todos os tipos mencionados pelos médicos, seguidos também de terrível mal-estar; em muitos casos sobrevinham ânsias de vômito produzindo convulsões violentas, que às vezes cessavam rapidamente, às vezes muito tempo depois. Externamente o corpo não parecia muito quente ao toque; não ficava pálido, mas de um vermelho forte e lívido, e cheio de pequenas bolhas e úlceras; internamente, todavia, a temperatura era tão alta que os doentes não podiam suportar sobre o corpo sequer as roupas mais leves ou lençóis de linho, mas queriam ficar inteiramente descobertos e ansiavam por mergulhar em água fria –na realidade muitos deles que estavam entregues a si mesmos se jogavam nas cisternas –de tão atormentados que estavam pela sede insaciável; e era igualmente inútil beber muita ou pouca água. Os doentes eram vítimas também de uma inquietação e insônia invencíveis. O corpo não definhava enquanto a doença não atingia o auge e, sendo assim, quando os doentes morriam, como aconteceu a tantos entre o sétimo e o nono dia de febre interna, ainda lhes restava algum vigor; ou, se sobreviviam à crise, a doença descia para os intestinos, produzindo ali uma violenta ulceração, ao mesmo tempo que começava uma diarreia aguda, que nesse estágio final levava a maioria dos doentes à morte por astenia.*

*A doença, portanto, começando pela cabeça, onde primeiro se manifestava, descia até alastrar-se por todo o corpo; se alguém sobrevivia a esta fase, ela chegava às extremidades e deixava suas marcas nelas, pois atacava os órgãos sexuais, dedos e artelhos, e muitos escapavam perdendo-os, enquanto outros perdiam também os olhos. Em alguns casos o paciente era vítima de amnésia total imediatamente após o restabelecimento; não sabia quem era e não reconhecia sequer seus próximos” (TUCIDIDES, Livro II, Capítulo 49).*

---

*“...rolavam nas ruas e perto de todas as fontes em sua ânsia por água. Os templos nos quais se haviam alojado estavam repletos dos cadáveres daqueles que morriam dentro deles, pois a desgraça que os atingia era tão avassaladora que as pessoas, não sabendo o que as esperava, tornavam-se indiferentes a todas as leis, quer sagradas, quer profanas” (TUCIDIDES, Livro II, Capítulo 52).*

---

*“Os costumes até então observados em relação aos funerais passaram a ser ignorados na confusão reinante, e cada um enterrava os seus mortos como podia. Muitos recorreram a modos escabrosos de sepultamento, porque já haviam morrido tantos membros de suas famílias que já não dispunham de material funerário adequado. Valendo-se das piras dos outros, algumas pessoas, antecipando-se às que as haviam preparado, jogavam nelas seus próprios mortos e lhes ateavam fogo; outros lançavam os cadáveres que carregavam em alguma já acesa e iam embora” (TUCIDIDES, Livro II, Capítulo 52).*

---

*“(...) Os curadores nada podiam fazer, pois desconheciam a natureza da enfermidade e, além disso, foram os pioneiros no contato com os doentes e morreram em primeiro lugar. O conhecimento humano mostrou-se incapaz. Em vão se elevavam orações nos templos e se dirigiam preces aos oráculos. Finalmente, tudo foi renunciado ante a força da epidemia” (REZENDE, 2009, p.75).*

## **Peste Negra**

*“E, de nada havendo servido os saberes e as providências humanas, como a limpeza das imundícies da cidade por funcionários encarregados de tais coisas, a proibição de entrada dos doentes e os muitos conselhos dados para a conservação da salubridade, e tampouco encontrando efeito as humildes súplicas feitas a Deus pelos devotos, não uma vez, mas muitas, em procissões e de outros modos, era já quase início da primavera do ano acima quando começaram a manifestar-se de maneira prodigiosa seus horríveis e dolorosos efeitos. Não se manifestavam como na parte oriental, onde expelir sangue pelo nariz era sinal manifesto de morte inevitável, mas começavam com o surgimento de certas tumefações na virilha ou nas axilas de homens e mulheres, algumas das quais atingiam o tamanho de uma maçã comum e outras o de um ovo, umas mais e outras menos, e a elas o povo dava o nome de bubões. E os referidos bubões mortíferos, não se limitando às duas citadas partes do corpo, em breve espaço de tempo começaram a nascer e a surgir indiferentemente em todas as outras partes, após o que a qualidade da enfermidade começou a mudar, passando a manchas negras ou lívidas, que em muitos surgiam nos braços, nas coxas e em qualquer outra parte do corpo, umas grandes e ralas, outras diminutas e espessas. E, tal como ocorrera e ainda ocorria com o bubão, tais manchas eram indício inegável de morte próxima para todos aqueles em quem aparecessem.”*

---

*“Para tratar tais enfermidades não pareciam ter préstimo nem proveito a sabedoria dos médicos e as virtudes da medicina: ao contrário, seja porque a natureza do mal não admitisse tratamento, seja porque a ignorância dos que o tratavam (cujo número era enorme, havendo, além dos cientistas, também mulheres e homens que jamais haviam feito estudo algum de medicina) não permitisse conhecer a sua causa, nem portanto usar o devido remédio, não só eram poucos os que se curavam, como também quase todos morriam nos três dias seguintes ao aparecimento dos sinais acima referidos, uns mais cedo, outros mais tarde, a maioria sem febre alguma ou qualquer outra complicação.”*



## *Gripe Espanhola*

*“Morrer na cama era um privilégio abusivo e aristocrático. O sujeito morria nos lugares mais impróprios, insuspeitados: - na varanda, na janela, na calçada, na esquina, no botequim. Normalmente, o agonizante põe-se a imaginar a reação dos parentes, amigos e desafetos. Na Espanhola não havia reação nenhuma. Muitos caíam, rente ao meio-fio, com a cara enfiada no ralo. E ficavam, lá, estendidos, não como mortos, mas como bêbados. Ninguém os chorava, ninguém”.*

---

*“A morte pela gripe era ainda mais triste por ser solitária. Se em outras crônicas Nelson descreve tão bem os velórios e cortejos fúnebres da época, que o encantavam, o que destaca nessas é a impossibilidade de qualquer ritual de despedida e a abrangência da epidemia, que não poupou nem mesmo o presidente eleito Rodrigues Alves.”*

---

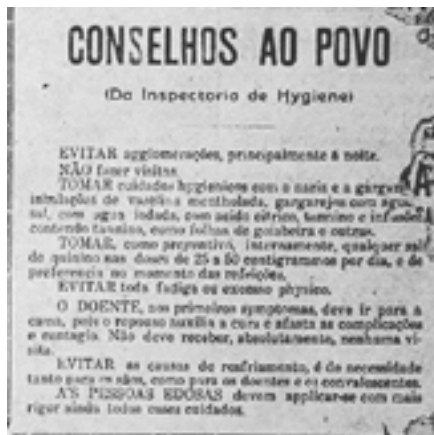
*“Ora, a gripe foi, justamente, a morte sem velório. Morria-se em massa. E foi de repente. De um dia para o outro, todo mundo começou a morrer. Os primeiros ainda foram chorados, velados e floridos. Mas quando a cidade sentiu que era mesmo a peste, ninguém chorou mais nem velou, nem floriu. O velório seria um luxo insuportável para os outros defuntos. Era em 1918. A morte estava no ar e repito: - difusa, volatizada, atmosférica; todos a respiravam.”*

---

*“De repente, passou a gripe. Ninguém pensava nos mortos atirados nas valas, uns por cima dos outros. Lá estavam, humilhados e ofendidos, numa promiscuidade abjecta. A peste deixara nos sobreviventes, não o medo, não o espanto, não o ressentimento, mas o puro tédio da morte. Eu me lembro de um vizinho perguntando: -“Quem não morreu na Espanhola?” (RODRIGUES, 1994, p 24.)*



**Legenda:** Charge sobre a situação econômica e a falta de saúde e a epidemia de varíola ocorrida no Rio de Janeiro. A imagem mostra General Otton Farneselli que discursou em um comício no lado do rio, que fez referência com a quantidade de mortos.  
**Recurso:** Humor desenhado. **Revista da Semana**, **Revista da Semana**, julho/agosto de 1914.  
**Fonte:** Acervo Arquivado - Casa de Oswaldo Cruz - Fundação Coordenação de  
<http://cric.fiocruz.br/revista-da-semana> Acesso em 10/11/2017.



## Referências

ABREU, Lucas. Epidemias: de Carlos Chagas em 1918 ao Brasil sem líder de 2020. **AdUFRJ**, [S. l.], 25 abr. 2020. Destaques. Disponível em: <https://www.adufrj.org.br/index.php/ptbr/noticias/arquivo/21-destaques/2950-de-carlos-chagas-em-1918-ao-brasil-sem-lider-de-2020>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

BASTOS, Mário Jorge da Motta. Pecado, castigo e Redenção: a Peste como elemento do proselitismo cristão( Portugal séculos XIV/XVI). **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, pp. 183-205, 1997.

BILAC, Olavo. Crônica. **Gazeta de Notícias**, Rio de Janeiro, 23 de junho de 1901, p. 1. Disponível em: <http://www.paginasmovimento.com.br//olavo-bilac-rio-antigo.html>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

BOCCACCIO, Giovanni. **Decameron**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2013.

CAMUS, Albert. **La Peste**. Paris: Gallimard, 1947.

CARVALHO, José Murilo de. **Os Bestializados**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

GOULART, Adriana da Costa. **Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003. Disponível em: <https://www.historia.uff.br/academico/media/aluno/417/projeto/Dissert-adriana-da-costa-goulart.pdf>. Acesso em: 01 de set. 2020.

LIMABARRETO, Afonso Henriques de. **Os Bruzundangas**. Belo Horizonte: GARNIER, 1998.

MATTOS, Rômulo Costa. As “classes perigosas” habitam as favelas: um passeio pela crônica policial no período das reformas urbanas. **Desigualdade & Diversidade**, Rio de Janeiro, n. 5, jul./dez., p.163, 2009.

MORAES, Alexandre Santos de. Pandemia vem do grego. In: ALMICO, Rita de Cássia; GOODWIN, JR. James William; SARAIVA, Luiz Fernando. **Na saúde e na doença: história crises e epidemias**. Reflexões da História Econômica na época da covid-19. São Paulo: Hucitec Editora, 2020.

NAVA, Pedro. **Chão de Ferro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

PORTAL DA INDÚSTRIA. **Infográfico: a realidade do saneamento básico no Brasil**. Disponível em: <https://noticias.portaldaindustria.com.br/especiais/infografico-a-realidade-do-saneamento-basico-no-brasil/#> Acesso em: 18 de jul. 2020.

REIS, Fábio. Caipirinha um remédio popular para pandemia da gripe espanhola. **Pfarma**, [S. l.], 26 mar. 2020. Blog. Disponível em: <https://pfarma.com.br/blog/5341-caipirinha-remedio-gripe.html>. Acesso em: 10 de jul. 2020.

REZENDE, Joffre Marcondes de. *À Sombra do Plátano: crônicas de História da Medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, desvio e danação**: as minorias na Idade Média. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

RIO, João do. **Cinematographo**. Porto: Livraria Chardron de Lello & Irmão, 1909.

ROCHA, Juliana. **Pandemia da gripe de 1918**. FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=815&sid=7>. Acesso em 09 de jul. 2020.

RODRIGUES, Nelson. **Memórias de Nelson Rodrigues**. Rio de Janeiro: Ed. Correio da Manhã, 1967.

SGARBI, Luciana. A Praga de Atenas. **Istoé**, [S. l.], 21 jan. 2009. Cultura. Disponível em: [https://istoe.com.br/5565\\_A+PRAGA+DE+ATENAS/](https://istoe.com.br/5565_A+PRAGA+DE+ATENAS/). Acesso em: 09 de jul. 2020.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Medo e morte**: Sobre a epidemia de gripe espanhola de 1918. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social, 1993.



## EJA, saúde e educação popular: um diálogo necessário

Heli Sabino de Oliveira  
Joanna Magalhães  
Adilson dos Reis Nobre  
Diego de Oliveira  
Ariel Boaz Costa e Silva  
Juliana Vieira da Silva

# 3

Capítulo

*Cara professora, caro professor,*

No primeiro capítulo, vimos como a pandemia do coronavírus provocou profundas mudanças em nossos hábitos cotidianos, trazendo à tona a estreita relação entre educação e saúde. Por um lado, não é possível pensar em um retorno escolar dissociado de novos protocolos sanitários, que prevêm distanciamento, higienização adequada do ambiente, assepsia das mãos e uso de máscaras. Por outro lado, é necessário pensar em trabalhos e atividades remotas para pessoas que se encontram em situação de risco, em um contexto marcado pela exclusão digital. O fato é que o novo cenário requer das/os profissionais da educação novas posturas educativas, adequadas à nova realidade de escolarização.

As intrincadas relações entre saúde e educação escolar fazem parte dos pilares que sustentam o processo educativo. Já há tempos, os relatos docentes evidenciam que a aprendizagem não está associada apenas à questão pedagógica. Professoras e professores sabem que uma pessoa em estado de inanição terá sua cognição afetada, bem como uma pessoa com problemas não tratados de visão não terá condições de se alfabetizar. Nesses casos, tanto o acesso a uma alimentação adequada quanto a aquisição de óculos depois de consulta oftalmológica constituem condição *sine qua non* para o desenvolvimento educativo.

Neste capítulo, aprofundaremos o debate, colocando em relevo os princípios da Educação Popular, como eixo norteador da política de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Como se sabe, o SUS se apoia em uma perspectiva que articula políticas econômicas e sociais, tendo como eixo a compreensão da saúde como direito universal, derivado do exercício da cidadania plena. Por sua vez, a Educação Popular, cujo maior expoente foi, na década de 1960, Paulo Freire, tem como princípio epistemológico o questionamento de relações de saber e de poder, tendo como eixo organizador de seu pensamento os sujeitos, suas relações, suas experiências, historicidades e cultura. Nessa concepção, a saúde não é apenas uma temática que envolve o discurso dos especialistas. Pelo contrário, ela depende, fundamentalmente, do diálogo com os sujeitos e suas necessidades básicas.

O caso que abre a seção aborda a história de Dona Valdete, uma mulher negra que, no final da década de 1990, criou um grupo de ciranda: “Meninas de Sinhá”. Trata-se de um grupo cuja prática social e cultural restaura, por meio de cantigas tradicionais, hábitos saudáveis, reduzindo o número de mulheres depressivas em uma área de risco e de vulnerabilidade social.

A escrita acadêmica toma como ponto de partida os princípios da Educação Popular, com foco em suas origens na década de 1950 e suas influências na educação de adultos e no campo da saúde. O intuito é destacar, por um lado, o caráter das práticas oriundas da cultura popular, com seus saberes milenares em torno do cuidado e da proteção social. Por outro lado, evidenciar as influências da Educação Popular na EJA e no campo da saúde, tendo como paradigma o SUS.

O relato de experiência destaca a visita de um grupo de estudantes de licenciatura a uma turma de EJA, em espaço externo da escola sede, no centro de Belo Horizonte. Trata-se, pois, de uma turma de alfabetização, constituída por mulheres, a maioria negra. Além de relatarem suas experiências de cura, na esfera do sagrado (**benzeção, simpatia, novenas e cultos evangélicos**), **as mulheres sublinharam o processo educativo**



**como algo terapêutico** e promovedor da saúde e do bem-estar físico, social e mental.

As sequências didáticas apresentam sugestões de atividades ligadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde, tendo como eixo condutor a concepção do SUS.

### 3.1 Causo Pedagógico - Dona Valdete, uma liderança popular!

Como identificar lideranças populares? Carlos Maciel da Cunha, um educador popular, enumera cinco pontos para responder a essa questão: a) em vez de ser uma figura imposta contra a vontade da maioria, uma liderança popular é escolhida/aceita pelo conjunto dos liderados; b) em vez de estar a serviço de interesses pessoais e egoístas, uma liderança popular defende o bem coletivo; c) suas ações são democráticas, pois se pautam pela impessoalidade e pela transparência; d) uma liderança popular não pauta suas ações por vaidade, arrogância, autoritarismo e hipocrisia; e) uma liderança popular não busca auferir proveitos pessoais de sua posição de destaque.

Penso que a liderança é uma necessidade, mas sob duas condições: 1) que seja rotativa, isto é, que o/a líder possa ser substituído (a) quando isso convier aos interesses comunitários. 2) Que exerça, antes de tudo, como **coordenação** (do latim *coordinare*: organizar): organização das partes de um todo, segundo um plano que nasça da vontade coletiva (CUNHA, 2004, p. 77-78).

Certamente, Dona Valdete, uma mulher negra e periférica, representa um bom exemplo de liderança popular, pois reúne todas as características necessárias, conforme destacado anteriormente. Apesar de não atuar na área da saúde, seu trabalho comunitário no Alto do Vera Cruz tem início com uma observação empírica.

Eu comecei a me preocupar com aquilo porque como que as mulheres podiam tomar tanto comprimido? Conversando com elas, eu procurei saber, né? Por que elas tomavam tanto remédio?

Nas conversas, Dona Valdete ficou sabendo que aquelas mulheres tinham muitos problemas:

É porque elas tinham angústia, elas não dormiam à noite, às vezes era o filho que usava droga, e ela não dava conta! Então, tomava o comprimido e ia dormir, e o tempo passava.

Diante desses relatos, Dona Valdete resolveu promover encontros entre essas mulheres para que trocassem experiências, tendo um espaço reservado para convivência, ou seja, um tempo reservado para elas mesmas. Inicialmente, durante os encontros, faziam trabalhos manuais enquanto conversavam. Depois, tiveram a oportunidade de vivenciar, por seis meses, uma oficina de expressão corporal. O grupo foi crescendo, as mulheres pararam de tomar remédios. E esse fato chamou a atenção da comunidade. Com o tempo, passaram a cantar cantigas de roda para encerrar os encontros.

Quando aconteceu a inauguração do Centro Cultural Alto Vera Cruz, a Prefeitura de Belo Horizonte buscou apresentações culturais da comunidade para o evento. O grupo, que na época se chamava Lar Feliz, foi convidado. Organizaram um repertório para a apresentação e resolveram mudar o nome do grupo:

Para elas, “Lar Feliz” se referia ao lugar em que a mulher trabalha, serve a família, sofre calada. Elegeram o nome “Meninas de Sinhá”, por causa de um grupo já desfeito no passado, que dançava maculelê: Meninos de Sinhá. Dessa forma, consideraram Sinhá a vida. Elas são as meninas que servem à vida, as Meninas de Sinhá.

A música mudou a trajetória de vida dessas mulheres, hoje autônomas, conscientes e felizes. Atualmente, o grupo “Meninas de Sinhá” tem seu trabalho conhecido, inclusive, fora do país. No seu repertório, permanecem as cantigas de rodas e músicas de própria autoria. Uma delas, intitulada “Xô tristeza, bem-vinda alegria”, relata a trajetória do grupo:

Xô tristeza  
Bem-vinda alegria  
Brincamos de roda  
Dia e noite, noite e dia  
A gente chorava, a gente sofria  
Triste e calada e nada podia  
Vinha o doutor, nada resolvia  
Só dava remédio e a gente dormia  
Até que um dia apareceu  
A boa Valdete, que em seu peito doeu  
Juntou uma a uma com ajuda de Deus

E foi de repente que aconteceu  
Nos deu carinho, nos deu a mão  
Somos gratas a ela, de todo coração  
Agora vivemos para cantar  
Levando a alegria das Meninas de Sinhá  
Ciranda cirandinha  
Vamos todos cirandar  
Vamos dar meia volta  
Volta e meia vamos dar.

Será que é possível fomentar lideranças como a Dona Valdete, na Educação de Jovens e Adultos? Em que medida a própria EJA pode ser vista como possibilidade de promoção da saúde?

### 3.2 Teorização - Educação popular e suas contribuições para a EJA

O grupo ‘Meninas de Sinhá’ é um bom exemplo de práticas de educação popular que articulam educação e saúde, na perspectiva compreendida neste Caderno Pedagógico. A história delas provoca pelos menos dois questionamentos importantes sobre a função da Educação de Jovens e Adultos, como colocado acima. As respostas a tais indagações dependem tanto da concepção de educação quanto de saúde que orientam a prática educativa. Certamente, quaisquer que sejam as respostas dadas pelas/os professoras/es, terão que passar pelo escrutínio da Educação Popular. Mas, afinal de contas, o que é esse movimento, quando surgiu e com quais objetivos? Que impactos trouxe para a educação e para a saúde?

A Educação Popular, como campo teórico-prático, cujo maior expoente foi Paulo Freire, surge nas décadas de 1950 e 1960. Trata-se, pois, de um movimento que se insurgiu contra práticas educativas compensatórias, que tomavam o educando como tábula rasa, como uma folha em branco a ser preenchida; e o analfabetismo como causa do subdesenvolvimento e da ignorância. Do ponto de vista epistemológico, a Educação Popular passa a questionar relações de **saber** e relações de **poder** que contribuem para a manutenção do *status quo*.

Cabe destacar, aqui, que a Educação Popular foi resultante de lutas políticas e religiosas que marcaram as décadas de 1950 e 1960. Na época, o mundo estava dividido em dois blocos de poder: de um lado, os EUA, representando a economia de mercado e, de outro lado, a extinta URSS, representando os países de economia planificada. Conhecido como pe-

ríodo da Guerra Fria, esse momento é caracterizado pela polarização do mundo entre o capitalismo e o socialismo.

Eis aqui, em linhas gerais, sete pontos que marcaram, segundo Peter Mayo (2006), o contexto em que foi forjada a Educação Popular: a) recrudescimento das ações imperialistas e luta pela descolonização da África e da Ásia; b) questionamento das atrocidades cometidas pela ditadura stalinista; c) crise do populismo no Brasil e na América Latina; d) celebração da Revolução Cubana e contestação da Guerra do Vietnã; e) questionamento da Teologia Tradicional e das estruturas eclesiais católicas que estavam, segundo os religiosos progressistas, conectadas aos interesses dos grupos econômicos poderosos; f) expansão de movimentos religiosos que defendiam a chamada opção preferencial pelos pobres, culminando com as reformas religiosas do Concílio Vaticano II e a elaboração da Teologia da Libertação, na década de 1970, por determinados leigos e elementos do clero Católico; g) fortalecimento dos movimentos sociais (Ligas Camponesas) e sindicais.

A matriz teórica da Educação Popular assenta-se em conceitos e categorias que questionam formas de poderes que ampliam as desigualdades entre nações e povos. O movimento de Educação Popular procurou desenvolver uma pedagogia voltada para os interesses sociais e políticos de grupos e classes que ocupavam socialmente posição de subalternidade, articulando princípios do materialismo histórico, desenvolvido por Karl Marx, e princípios cristãos, sustentados pelos movimentos de base da Igreja Católica. Paulo Freire, nome expoente desse movimento, sintetizou as finalidades políticas da Educação Popular:

O que importa ao se ajudar o homem é 'ajudá-lo a ajudar-se'. É promovê-lo. Fazê-lo agente de sua recuperação. É, repitamos: pô-la numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas e dos problemas de sua comunidade. O assistencialismo, ao contrário, é uma forma que rouba ao homem condições à consecução de uma das **necessidades fundamentais da alma humana** – a responsabilidade (FREIRE, 2001, p. 16. Grifo nosso).

A educação popular não é, no entanto, tributária apenas do pensamento freireano. Ela faz parte de um amplo movimento contestatório, que colocava em xeque o modelo de educação bancária compensatória. Nascida na segunda metade da década 1950, esse movimento deu um salto qualitativo em relação a campanhas e mobilizações governamentais contra o analfabetismo de jovens e adultos. Por um lado, porque questionou o discurso

das elites brasileiras, que atribuíam o subdesenvolvimento do Brasil e a pobreza das camadas populares ao analfabetismo. Por outro lado, porque passou a considerar o analfabeto como sujeito de saberes e de práticas culturais.

Do ponto de vista pedagógico, essa perspectiva se contrapôs à concepção que orientava as campanhas de alfabetização até então. Dessa maneira, o trabalho do voluntariado, alimentado pelo espírito de doação, do favor e da missão redentora da humanidade, é compreendido como uma prática assistencialista, que não possibilita ao sujeito desenvolver uma postura crítica frente aos problemas que assolam sua comunidade.

Os movimentos nascidos na segunda metade dos anos de 1950 e início dos anos 1960 promoveram um salto qualitativo em relação às campanhas e mobilizações governamentais contra o analfabetismo de jovens e adultos (...). São propostas qualitativamente diferentes das ações anteriores. E o que as fazia radicalmente diferentes das ações anteriores era o compromisso explicitamente assumido em favor das classes populares urbanas e rurais, assim como o fato de orientarem sua ação educativa para ação política (FÁVERO, 2006, p. 51).

A Educação Popular desenvolveu-se nos salões das igrejas, nas associações comunitárias, nos sindicatos, nos galpões das fábricas, na informalidade, em geral, com os mais diversos tempos e nos mais diversos espaços de formação, alimentada pela intencionalidade de libertação e promoção do sujeito. Muitas ideias de Paulo Freire sobre o analfabeto e a ação alfabetizadora também estavam presentes em vários outros movimentos de educação e cultura popular que surgiram no período, entre o final dos anos 1950 e início dos anos 1960. Entre esses movimentos, destacam-se o Movimento de Educação de Base (MEB), da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); o Movimento de Cultura Popular (MCP), ligado à Prefeitura de Recife; os Centros Populares de Culturas (CPCs), organizados pela União Nacional dos Estudantes (UNE); a Campanha de Educação Popular da Paraíba (CEPLAR); De Pé no Chão Também se Aprende a Ler, da Prefeitura de Natal.

Esses movimentos emergiram em diversos locais do país, mas foi em alguns estados do Nordeste que se concentraram em maior número e com maior expressão. Naquele período, marcado pelo populismo, pelo nacional-desenvolvimentismo e pelas reformas de base, a educação de adultos é vista como forte instrumento de ação política: afinal, mais de 50% da população

brasileira era excluída da vida pública nacional por ser analfabeta. Os movimentos surgem da organização da sociedade civil, visando alterar esse quadro socioeconômico e político. Conscientização, participação e transformação social foram conceitos elaborados a partir de ações desses movimentos. O analfabetismo é visto não como causa da situação de pobreza, mas como efeito de uma sociedade injusta e não igualitária. Por isso, **a alfabetização de adultos deveria contribuir para a transformação da realidade social. Nesse contexto, o saber e a cultura popular são valorizados e o analfabeto é considerado como produtor de conhecimentos: a educação deveria ser, assim, dialógica e não bancária** (GALVÃO; DI PIERRO, 2007, p. 46. Grifos nossos).

A Educação Popular não se extinguiu com a Ditadura Militar. Pelo contrário, ela influenciou, de maneira decisiva, o movimento eclesial de base da Igreja Católica e os movimentos ligados à Reforma Sanitária, no campo da saúde, que vão retomar suas forças no final da década de 1970.

### 3.2.1 O Movimento da Reforma Sanitária e o SUS

Os princípios da Educação Popular estenderam-se para a área da saúde, através do Movimento da Reforma Sanitária. Trata-se, pois, de um



Figura 3.1 - Logo do Sistema Único de Saúde

movimento de crítica às bases da organização do então sistema de saúde do Brasil. Buscava uma gestão democrática dos serviços de saúde, bem como uma integração da medicina previdenciária à medicina pública, expandindo a cobertura dos serviços a todos os cidadãos, através de um sistema único.

Nesse processo, profissionais da área da saúde, comprometidos com o discurso da Reforma Sanitária – inspirada e articulada com o movimento da educação popular – começaram a ressignificar suas práticas, almejando uma transformação no campo da atenção à saúde. Eles acreditavam ser possível romper com um modelo de práticas impositivas e autoritárias, tradicionalmente presentes nos serviços de saúde destinados à população. Foi um movimento que contou com a participação da comunidade na luta pelo direito à saúde como política pública universal e, ao mesmo tempo, para que os usuários fossem considerados sujeitos de direitos.

O movimento de Reforma Sanitária questionava o caráter excludente e desumanizante da saúde brasileira, que segregava parcela da população do acesso à saúde, por não ser contribuinte do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Além disso, o usuário era descrito como um doente e não como um sujeito que questionava e refletia sobre suas condições físicas e mentais. O termo paciente é a parte mais visível deste processo, pois ignora a relação ativa que as camadas populares possuem com a saúde, adotando, não raro, formas de tratamentos alternativos, tais como ervas, benzeções, garrafadas, preces e orações. Assim, o usuário do sistema de saúde precisava ser visto, antes de tudo, como um sujeito que pensava e refletia sobre seu corpo e sobre seu estado de saúde. Em outras palavras, a Reforma Sanitária defendia uma prática de saúde humanizada e dialógica, que colocasse como centro da abordagem médica os sujeitos e suas relações sociais.

O SUS, que emergiu por ocasião da Assembleia Constituinte de 1988, pautado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, é tributário da concepção de saúde defendida pelo Movimento Sanitarista. Portanto, trata-se de um direito que não foi outorgado. Não foi oferecido graciosamente, de cima para baixo. Foi construído em inúmeros embates no contexto de redemocratização do país, por grupos sociais que se mobilizaram, conscientes da necessidade de construir uma reforma sanitária que encarasse a saúde como um direito subjetivo. Como aponta Romero,

Esse sistema decorre de uma concepção de saúde como um direito fundamental e universal do ser humano e que atribui ao Estado o dever de prover as condições necessárias ao seu pleno exercício. Corresponde a uma visão de mundo que privilegia valores de cidadania e de solidariedade, em contraposição a concepções que valorizam o individualismo e o privado. Exige, para sua realização, que transformações importantes ocorram ao nível cultural, político, jurídico e institucional (ROMERO, 2020, p. 2).

Portanto, nosso Sistema Único de Saúde, conhecido como SUS, é resultado dessas disputas e encontrou expressão no texto Constitucional de 1988. Trata-se, do ponto de vista histórico, de uma experiência muito recente. No entanto, para que chegasse a se tornar um direito subjetivo, houve uma penosa caminhada, que teve início na década de 1923, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), germe do sistema que temos hoje. Naquele contexto, marcado pelo acelerado processo de industrialização e urbanização, as CAPs surgiram para conferir



estatuto legal a iniciativas de organização dos trabalhadores das fábricas, visando garantir pensão em casos de acidentes, afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria.

Em 1932, depois da chegada de Getúlio Vargas ao poder, criam-se os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), acentuando a assistência médica com serviços próprios do Estado e, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado, movimento que perdura ainda hoje, no atual SUS. Em 1965, a ditadura civil-militar unifica as IAPs, transformando-as no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Concretiza-se o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista, centrado no médico (REIS *et al.*, 2012). Em 1977, ainda na ditadura, é criado o Sistema nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e, dentro dele, foram separadas as atividades previdenciárias, sob a responsabilidade do INPS, das atividades da saúde, que foram atribuídas ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sempre dependente de compras do setor privado que, nas palavras de Romero, “favoreceu esse setor empresarial, que se capitalizou sem correr os riscos das leis do mercado, na medida em que esse passou a ser garantido pelo Estado” (ROMERO, 2020, p. 6). Como citado anteriormente, a assistência médica era concebida como benefício previdenciário, acessada, dessa forma, somente pelos trabalhadores que contribuía para a Previdência Social, deixando à margem um enorme contingente de excluídos, que precisavam contar com o beneplácito das Santas Casas de Misericórdia. É nesse contexto que se fortalece o Movimento Sanitário, de viés contra-hegemônico, contrapondo-se ao comando político e financeiro do sistema previdenciário, que beneficiava os interesses privados de saúde, aliados com a burocracia estatal.

Um germe do Movimento Sanitário já havia existido, entre o final da década de 1950 e início dos anos de 1960. Reparem que se trata do mesmo período de militância dos movimentos de embate em prol da Educação Popular. Naquele período, a questão sanitária também era objeto de preocupação e compunha a pauta, sobretudo, dos trabalhadores, dos movimentos sociais e dos partidos de esquerda. A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, defendeu fortemente uma profunda reforma na estrutura sanitária do país, proposta que foi acolhida pelo presidente João Goulart, em sua reforma de base do governo. No entanto, o golpe civil-militar de 1964 interrompeu esse processo, que só se reergueu, como já foi realçado, no final da década de 1970 e início dos anos de 1980.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no início de 1986, o Movimento Sanitário, contando com ampla mobilização de forças dos profissionais da saúde, partidos de esquerda e instituições organizadas da

sociedade civil, experimentou seus tempos áureos na defesa da saúde como um direito universal e subjetivo. A conferência conseguiu consagrar medidas como, por exemplo, a prioridade para as ações primárias; ênfase na assistência ambulatorial; integração das instituições estatais para a construção de uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados; descentralização administrativa de recursos; além de uma concepção mais ampla de saúde, compreendida como um direito humano e que levava em conta as condições de vida e de trabalho. Nessa perspectiva, os serviços de saúde não podiam ser negados a quem deles precisasse, sendo, portanto, um dever do Estado. Apesar de ter havido forte resistência do setor liberal/conservador, a mobilização do Movimento Sanitário conseguiu se impor, sendo fundamental na configuração do desenho do SUS que temos hoje, por ocasião da Assembleia Constituinte de 1988.

**Para saber mais:**

*“Reforma Sanitária” é a designação que se dá à plataforma política defendida pelo “Movimento Sanitário Brasileiro”, que representou uma ampla articulação de atores sociais, incluindo membros dos departamentos de medicina preventiva de várias universidades, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos (CEBES), fundado em 1978, movimentos sociais de luta por melhores condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país, nos anos 1970 e 1980, e parlamentares que faziam a crítica às políticas de saúde existentes no Brasil. A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde gratuito, com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros (REIS et al, 2012, p. 3).*

### 3.2.2 O papel da Educação Popular nesse processo

Essa pequena revisão histórica, articulada com a perspectiva teórica que orienta a Educação Popular, aponta-nos para algumas questões muito importantes a serem sublinhadas, principalmente no que diz respeito ao engajamento dos sujeitos na promoção e prevenção de sua própria saúde ou da de sua comunidade. Geralmente, as propagandas governamentais apelam para ações que levam em conta práticas de autocuidado ou mudanças de hábitos que se enquadrem em comportamentos condizentes com as prescrições médicas.

Embora tais ações sejam relevantes, a Educação Popular propõe uma autonomia mais crítica dos sujeitos, o que pressupõe a capacidade de refletir sobre suas próprias condições de vida, sobre o modo como a sociedade e sua comunidade se organizam, sobre as dinâmicas sociais que produzem o adoecimento. Estamos falando de um processo de educação em saúde que possibilite aos sujeitos refletir, pensar, organizar formas de resistência, agir na transformação das injustiças sociais, na construção de uma consciência que lhes permita propor e buscar uma vida digna não apenas para si, mas para o coletivo, pois todos estão, de alguma forma, interligados. A saúde das pessoas, de cada qual, também está intimamente ligada à saúde da comunidade e vice-versa.

O método de leitura de Paulo Freire nos dá algumas pistas para a construção da proposta que estamos apresentando. Freire (1989) propõe que a leitura de mundo precede a leitura da palavra, de modo que, ao aprender a ler o símbolo, o educando estará construindo, ao mesmo tempo, uma leitura crítica do que está representado diante dos seus olhos. No transcorrer do processo, estará construindo não só sua capacidade de ler as palavras, mas também de ler o mundo, onde ele é chamado a agir: símbolo e significante! Linguagem e realidade! Texto e contexto! Suas articulações... suas sutilezas... seus modos de se organizar e desorganizar... jogos de poder que avançam sobre a vida e a existência de pessoas e comunidades. Freire nos apresenta a possibilidade de uma leitura comprometida, “verbo” que seja capaz de se tornar “carne”, pois de que adianta ler palavras que não encontram ecos ou nos possibilitam compreender os contextos que nos cercam e nos atormentam? De que adianta uma leitura desvinculada das angústias, provações e provocações da existência?

Dessa forma, na perspectiva freireana, a educação em saúde pressupõe e propõe a possibilidade de o sujeito analisar, fazer a leitura de “mundo” de sua comunidade, refletir para agir, para se organizar e se mobilizar, em seus contextos sociais, na luta pelo direito à saúde. Daí a importância do protagonismo das pessoas, seja em sindicatos, organizações religiosas, nos conselhos de políticas públicas, partidos etc. Aqui, o papel da educadora e do educador envolve a capacidade de problematizar, não só de se colocar **em**, mas **com**, colocar-se como parte da comunidade em seu engajamento por mudanças.

### 3.2.3 O Sistema Único de Saúde na perspectiva da Educação Popular em Saúde

O SUS, com os princípios de universalidade, equidade e integralidade,

fortaleceu a concepção de saúde como um direito social. Assim, o acesso aos postos de saúde, às unidades de pronto atendimento e aos hospitais deixou de ser um privilégio dos contribuintes da previdência social para se tornar um direito universal.

Como se pode depreender, este Caderno apresenta o SUS como conquista da população brasileira, valorizando a sua importância estratégica no processo de democratização da saúde. Trata-se de um modelo descentralizado, com grande capilaridade no território brasileiro. A Atenção Primária de Saúde busca a promoção e a proteção à saúde, bem como a prevenção e agravos de doenças crônicas. As/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACS) procuram individualizar o processo de atendimento das famílias, tendo como referência o território onde elas vivem.

Dando sequência a essa temática, vamos conversar sobre as/os Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACSs). O acesso dos usuários ao SUS se dá por meio da seguinte estrutura: Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Secundária - Centros de especialidades médicas, Urgências e emergências, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço de Urgência Psiquiátrica.

A Atenção Primária apresenta as UBS como porta de entrada no SUS. Em Belo Horizonte, ela ocorre estrategicamente pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Nele, há equipes formadas por ACS, enfermeira/o, médica/o, técnica/o de enfermagem, em alguns casos, também por cirurgião/o dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnica/o de saúde bucal. Essas equipes são responsáveis por um determinado número de famílias, organizadas por territórios, e buscam promover, monitorar e acompanhar o estado de saúde da população de sua área de abrangência. Através das Unidades Básicas de Saúde, as/os usuárias/os têm acesso a serviços que compreendem momento de escuta, avaliação de risco das queixas clínicas, visitas domiciliares, cadastramento, agendamento de atividades individuais e coletivas, vacinações, distribuição de medicamentos, além de atividades que são ofertadas em outros espaços, como a Arte da Saúde Ateliê da Cidadania e os Centros de Convivência.

A história das/os ACSs no Brasil tem maior destaque a partir da década de 1980, época em que ocorre a primeira experiência sistematizada de inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. No Ceará, esses profissionais atuavam em locais de forte seca e pobreza, por isso buscavam contribuir para a melhoria da condição social da população. Já na década de 1990, surge a implantação do Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, através do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A partir do ano 2000, em resposta ao impacto positivo do trabalho dessas/es profissionais, os PSFs e a inserção das/os ACSs vão se consolidando.

Em 2006, é publicada a Lei Federal 11.350/2006 para regulamentação das atividades das/os Agentes Comunitárias/os de Saúde, destacando suas atribuições profissionais, em seu Art. 3º:

[...] o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Ainda no § 1º desta mesma Lei:

[...] entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS.

Nesse sentido, é possível compreender a importância dessas/es profissionais para além do seu trabalho realizado em saúde. As/os ACSs devem ser concebidas/os como pilares para a garantia da saúde e de uma vida digna aos nossos discentes da EJA. Por pertencerem à comunidade, conhecem os valores, os perigos e as possibilidades, representam a população dentro da UBS (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2000). Porém, observa-se, na prática, uma concepção equivocada em relação ao trabalho dessas/es profissionais, consideradas/os, por muitos, apenas como um/a “mensageiro/a”, alguém que entrega cartas e documentos, agenda consultas e exames (AVELAR, 2014). São percebidas/os, também, a partir de um viés bastante assistencialista, centrado na doença e não como um/a agente promotor/a de saúde ampliada. Ao discutirmos Educação Popular em Saúde, na escola, poderemos contribuir para alterar a concepção das/os nossas/os discentes em relação às/aos ACSs.

Compreendendo a organização territorial da atuação das/os ACSs nos bairros de Belo Horizonte, podemos perceber as riquezas e possibilidades de atuação dessas/es profissionais, principalmente em relação à Educação Popular. Não importa se é para um momento de escuta, levar uma cartilha informativa, orientar sobre a retirada de uma medicação, localizar pessoas com sinais ou sintomas de doenças, atender pessoas com sofrimento mental, fazer controle de vacinações, essa mediação se torna uma excelente ferramenta na construção de uma parceria com a Educação de Jovens e Adultos. Como afirma Matos (2011), a/o ACS é um elemento fundamental na articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e a consolidação de sistemas locais de saúde.

Nesse momento de isolamento social devido à covid-19, uma parceria consolidada entre as instituições de ensino e as UBS poderia garantir o direito à educação no mesmo instante em que privilegiamos o direito à vida. Contudo, há de se ter cuidado, pois é essencial criar estratégias para que não haja uma sobrecarga de trabalho das/os ACS, o que iria na contramão da proposta.

Em sala de aula, podemos promover atividades que possibilitem às/aos educandas/os refletir sobre a participação popular no SUS, sobre o protagonismo e a autonomia em relação a seus próprios processos educativos, sobre a valorização e o vínculo das/os profissionais da saúde em suas comunidades. Assim, seja em isolamento social ou não, teríamos na relação entre a/o discente e a/o ACS, uma educação popular dialógica e propositiva. Não que isso deixe de ocorrer, mas haveria, da parte da escola, uma intencionalidade pedagógica.

Para além dessa parceria em relação ao isolamento social, podemos, ainda, desenvolver aulas e projetos voltados para refletir sobre a concepção de saúde ampliada, tendo em vista o atendimento de outras necessidades dos discentes. Seria importante vincular o Programa Saúde Escola (PSE) não apenas às dimensões oftalmológica e de vacinação, mas possibilitar discussões e atendimentos a situações de violência doméstica, sexualidade, saúde do trabalho, dentre outras.

Professora, professor, você já trabalhou com Educação Popular em Saúde? Já desenvolveu alguma aula sobre a participação popular no SUS? É possível construir um projeto dentro da sua escola, em parceria com a equipe da saúde de família?

Retomemos as questões formuladas no final do Causo Pedagógico: será que é possível fomentar lideranças como Dona Valdete na Educação de



Jovens e Adultos? Em que medida a própria EJA pode ser vista como local de promoção da saúde na EJA? Havíamos destacado que, independentemente da resposta que fosse dada, teríamos que considerar, antes de tudo, a concepção de educação de professoras e professores. Na perspectiva da Educação Popular, vimos que a/o docente é um sujeito sociocultural, situado no tempo e no espaço, marcado por relações de poder e pela opressão de estruturas seletivas e excludentes que marcam a história brasileira. Uma liderança não se constrói, nessa concepção, fora da relação ou do contexto em que o sujeito se encontra inserido. A EJA precisa identificar esses sujeitos na escola e na comunidade e potencializar o trabalho dos mesmos. Já sobre a promoção da saúde na Educação de Jovens e Adultos, pode-se dizer que ela se desenvolve, sobretudo, na capacidade de acolhimento do espaço e tempo escolar, bem como na qualidade das relações sociais e pedagógicas instauradas na instituição educativa. É para isso que iremos nos voltar, por meio da leitura do relato de experiência a seguir.

### **3.3 Relato de Experiência - Trajetórias de saúde em uma turma de EJA**

No início do ano de 2019, nossa equipe de extensionistas, acompanhada pelo coordenador Heli Sabino de Oliveira, foi atraída a uma turma externa da EJA que reunia ricas experiências das estudantes em relação à temática da saúde. A turma era composta, majoritariamente, por mulheres que saíam de seus empregos na região central da cidade para assistir às aulas noturnas nas salas de aula cedidas pela Associação Profissionalizante do Menor (ASSPROM), em um prédio bem próximo à movimentada Avenida Afonso Pena.

Chamou-nos a atenção, inicialmente, os deslocamentos cotidianos dos estudantes: sair da periferia pela manhã, trabalhar no centro da cidade durante o dia e retornar à periferia à noite. Aquela experiência da EJA ocupava um espaço atípico no cotidiano do trabalhador periférico, representava uma quebra na rotina convencional de tantos que são levados a ocupar o centro de Belo Horizonte como local de trabalho e de consumo. A localização central também proporcionava uma outra atipicidade em relação aos núcleos de EJA belorizontinos, que era a reunião de sujeitos que habitavam diferentes regiões periféricas da cidade. Ali, convergiam diferentes trajetórias de vida, leituras de mundo e relações com a cidade.

Nosso diálogo pautou-se, inicialmente, pelo levantamento de enfermidades e dificuldades de saúde enfrentadas pelas estudantes. A presen-



ça dos males e as más experiências com a saúde pública foram unanimidade. Surgiram diversos relatos de problemas crônicos, de dificuldades no trato de filhas e filhos acometidos por enfermidades e das experiências negativas ao tentar buscar auxílio do Estado para a resolução desses problemas. A condição de sujeito periférico estabelece uma barreira invisível, que dificulta o acesso aos aparatos públicos de saúde com qualidade. Fomenta-se a desconfiança em relação à medicina tradicional, o que leva os sujeitos a buscar alternativas para lidar com os problemas e proporcionar melhoras na qualidade de vida.

Dessa forma, as medicinas alternativas também foram um fator de convergência naquela turma. A memória, as tradições, a cultura popular e a religiosidade ganharam sobrevida e fôlego, tornando-se recursos criativos daquelas mulheres da EJA na busca pela melhoria de sua saúde. Vários momentos do nosso diálogo me remeteram aos dizeres da antiga, porém moderna, dupla caipira Zé Mulato e Cassiano, na canção intitulada “Ciência Matuta”. O eu lírico da canção, curandeiro do universo rural e sertanejo, se sente insultado pela medicina moderna, que o chama de charlatão, e atribui sensibilidade rara aos que conseguem ver valor no saber medicinal popular, empirista e rústico. Medicina que foi, frequentemente, alívio dos sofrimentos relatados naquela sala de aula.

A religiosidade foi um fator importante em diversos relatos que vieram à tona. Uma das alunas relatou um episódio em que seu filho apresentava erupções na pele que o incomodavam, pois causavam muita coceira e consequentes ferimentos. A procura pelo posto público de atendimento médico foi penosa, com horas de espera na fila e a recomendação médica de uma cara pomada para tratamento do problema. O uso da pomada, dentro das recomendações médicas, mostrou-se ineficiente. Para a aluna, o retorno ao posto de saúde era impensável. Sua solução foi procurar o pastor da igreja que frequentava. O pastor mostrou-se solícito, acessível e preocupado, preparando logo um óleo para ungir o local afetado pela doença e realizando, ainda, uma oração, com a intenção de afastar a enfermidade. Em pouco tempo, as marcas na pele da criança sumiram e a mãe atribuiu a cura à fé empregada no tratamento religioso.

A proximidade e a pessoalidade na relação entre o pastor e a nossa aluna sobressairam-se ao tratamento reificado e desgastante recebido no posto de saúde. A relação próxima entre sujeito periférico e cultura popular também explica a popularidade das simpatias de cura, credices oriundas do universo rural brasileiro, transmitidas oralmente entre as gerações.

Uma outra aluna relatou os constantes problemas respiratórios pelos quais passou na sua infância e pelos quais seus filhos também passaram. As

bronquites e asma, que levam o nome popular de chiado, devido ao barulho emitido durante a respiração, afetada pela obstrução dos canais pulmonares e pela produção de secreções, eram sempre tratadas com o auxílio de um pequeno animal, a formiga chiadeira.

A formiga chiadeira é, na verdade, a fêmea de uma espécie de vespas em que apenas os machos possuem asas. Seu sobrenome, chiadeira, se dá pelo som que emite quando se sente ameaçada, bastante parecido com os chiados no peito de crianças acometidas por bronquite. A aluna relatou que seus pais capturavam a formiga e a prendiam dentro de uma pequena bolsa de tecido, que era pendurada como um pingente no pescoço da criança adoentada. O inseto emitia seu chiado e, acreditava-se, levava consigo a doença do chiado. Simpatia muito comum nas zonas rurais, na cidade, seu uso foi se perdendo, devido a fatores como a baixa ocorrência urbana dessa espécie de vespa.

Graças à diversidade de experiências que surgiram naquela sala de aula, tivemos contato, também, com questões relacionadas à saúde mental. Surgiram muitos relatos sobre depressão, ansiedade e uso de fármacos. Constatamos, ali, a situação de fragilidade que acompanha diariamente o sujeito periférico: a necessidade de trabalhar, as contas para pagar, a preocupação com os familiares e o medo que resulta das violências urbanas são adversários que nunca descansam e que acabam por tornar-se companheiros de jornada dessas pessoas.

Escutamos, com especial atenção, o que nos contou uma aluna sobre sua experiência com a depressão. Ainda enfrentando essa condição, ela nos dizia dos anos passados, quando não conseguia trabalhar e as relações familiares erodiam-se. Após a insistência de pessoas próximas, ela procurou auxílio médico, veio o diagnóstico e o consequente tratamento à base de fármacos. Com o passar dos meses, pouco resultado foi notado pela nossa narradora, que passou a triplicar diariamente, por conta própria, a quantidade de comprimidos consumidos, na esperança de potencializar os efeitos da medicação e aliviar seu sofrimento.

Entretanto, uma reviravolta marcou seu enfrentamento da depressão. Aconselhada pela psicóloga que acompanhava seu tratamento e incentivada por familiares e amigos, ela matriculou-se na Educação de Jovens e Adultos, com o intuito de alfabetizar-se. O retorno aos estudos significou a criação de uma nova rotina, de contato e diálogo com novos conhecidos, alunos e professores e com a solidariedade dos colegas de turma que compartilhavam experiências semelhantes. A imersão na EJA fez com que a estudante se livrasse dos hábitos de automedicação e supermedicação, permitindo que ela retomasse o devido tratamento.

A estudante concluiu, satisfeita, que a EJA foi responsável por uma melhoria na sua qualidade de vida e de saúde. Foi inevitável que nós, visitantes e ouvintes, ampliássemos essa conclusão para o restante daquela turma. Alguns ali não sabiam que precisavam usar óculos, até terem contato diário com palavras escritas em um quadro e seus cadernos. O aconselhamento da professora para que suas alunas e alunos procurassem um oftalmologista foi responsável pelo alívio de dores de cabeça cotidianas. Outros foram orientados, naquela sala de aula, sobre seus direitos em relação ao usufruto dos serviços públicos de saúde. As receitas caseiras, o uso de plantas medicinais e os tratamentos alternativos oriundos da cultura popular encontraram terreno fecundo nas vidas de nossos narradores.

Em uma leitura holística da nossa experiência, verificamos que a imersão na Educação de Jovens e Adultos proporcionou melhorias consideráveis na qualidade de vida daquelas pessoas. Os modos de cuidar de si e do outro, heranças da cultura popular, e as apropriações do conhecimento médico-científico foram responsáveis por uma experiência de aprofundamento dos laços de solidariedade que marcam o sujeito periférico. Nesse sentido, consideramos que a EJA funcionou para além da função de escolarização, exercendo papel importante como promotora de saúde pública.

### 3.4 Sequência Didática - Medicina popular

Sílvia Mendes Santiago  
Adilson dos Reis Nobre

As educandas e os educandos da Educação de Jovens e Adultos, oriundas/os da classe trabalhadora pobre, possuem alguma experiência com a saúde popular, o uso de ervas, chás, cataplasmas, emplastos, rezas, benzeções etc. A própria situação de exclusão social proporciona a busca por soluções para males físicos e emocionais mais acessíveis e mais ligados a experiências comunitárias e familiares.

Tal característica revela-se especialmente entre os mais idosos, muitos deles vindos do interior, criados na roça, em um tempo em que a saúde pública era ainda mais precária do que é hoje e pouco alcançava os rincões de pobreza nos sertões brasileiros.

Mesmo agora, vivendo em uma capital como Belo Horizonte, nem sempre o acesso ao sistema de saúde ocorre de maneira satisfatória. Ainda existe o problema das filas e a dificuldade de marcação de consultas com especialistas.

Outra questão é em relação aos horários das consultas, que não só ocorrem em datas distantes, como, geralmente, coincidem com o horário de trabalho dos pacientes, que não conseguem com facilidade dispensa para se consultar e têm de arcar com o desconto resultante da falta ao trabalho em seus salários.

A medicina oficial, acadêmica, ancorada excessivamente em procedimentos de prescrição de fármacos que, em geral, são caros e/ou apresentam efeitos colaterais indesejados, nem sempre apresenta-se exatamente como uma solução.

A ciência já reconhece o benefício e a eficácia de muitos desses tratamentos caseiros, alternativos, assim como a importância das interações sociais para a manutenção da saúde física, emocional e mental dos indivíduos.

A experiência das “Meninas de Sinhá” nos mostra que a saúde está intimamente relacionada com a socialização, a alegria e a corporeidade, de um modo geral. A arte possui um importante componente terapêutico e o contato com o próprio corpo proporciona a essas trabalhadoras incansáveis o reconhecimento da própria individualidade. São corpos que, historicamente, sempre estiveram disponíveis para a exploração do outro e nunca para a própria satisfação.

Numa perspectiva freireana, acreditamos ser importante reconhecer a sabedoria que os próprios educandos da EJA acumularam ao longo de sua existência. Essas experiências podem ser transformadas em eixo temático para trabalhar diversos aspectos das disciplinas curriculares.

#### *Objetivos de aprendizagem:*

- valorização da medicina popular;
- interdisciplinariedade entre o compartilhar aprendido e produção de texto e quantização de medidas.

### **AULA 1 - Tratamentos da medicina popular**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Medicina Tradicional é o conjunto de conhecimentos técnicos e procedimentos baseados nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis pela ciência e usados para a manutenção da saúde, prevenção, diagnose e tratamento de doenças físicas e mentais (OMS, 2020, n.p.).

*Materiais necessários:* projetor, computador e vídeo.

*Organização da turma:* em círculo.

*Objetivo:*

- discutir e conscientizar sobre as limitações de acesso à medicina institucional para a classe trabalhadora;
- reconhecer e valorizar o conhecimento da medicina popular (caseira) entre as educandas e os educandos;
- investigar o papel e a importância que esse tipo de medicina ocupa na vida dos sujeitos;
- trocar experiências de tratamentos caseiros;
- discutir os tratamentos populares nas religiões de matriz africana e entre os indígenas;
- discutir o papel das medicinas populares para a prevenção da covid-19.

*Contextualização:* O Brasil é um país onde a medicina tradicional, popular e caseira é muito rica e amplamente empregada pela população. As classes mais populares encontram nela um importante meio de controle e tratamento de doenças, de maneira complementar à medicina convencional ou como único recurso terapêutico.

A medicina tradicional dos povos originários, indígenas, é abundante na utilização de plantas e ervas medicinais, assim como de rituais místicos como método terapêutico. Da mesma forma, os africanos que para aqui foram trazidos trouxeram consigo suas próprias formas de terapias tradicionais. As religiões de matrizes africanas possuem vários tipos de rituais de tratamento e cura, que incluem o emprego de uma incrível variedade de ervas terapêuticas.

Mesmo os portugueses que invadiram as terras indígenas se utilizavam de seus próprios conhecimentos da medicina tradicional europeia, pois, ainda que a medicina convencional do velho continente já se encontrasse em desenvolvimento no século XVI e subsequentes, os invasores não podiam dispor, com facilidade, desses avanços em terras tão longínquas.

Não devemos perder de vista que os avanços da medicina convencional, acadêmica, “científica” se dá no marco dos interesses das classes dominantes: a aristocracia, durante o feudalismo, e a burguesia, no capitalismo.

QRCode 3.1 -  
Video



A população trabalhadora, camponesa ou fabril e até mesmo pequenos comerciantes e proprietários nunca possuíram o mesmo acesso à medicina douta que indivíduos das camadas privilegiadas.

Os esforços para que a medicina convencional pudesse alcançar todos os estratos da sociedade, uma das principais reivindicações da classe operária, tiveram grandes avanços, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal (CF) de 1988 e, especialmente, durante os governos mais populares, que se implantaram no país a partir de 2003. Esse processo, porém, esbarrou em uma série de entraves e, dependendo do momento, viveu verdadeiros retrocessos, como é o caso da nossa atual conjuntura política, com a subida ao poder de um presidente com características fascistas e antipopulares.

Dessa forma, a medicina popular, caseira, que utiliza preparados de plantas medicinais, rezas e benzeções, possui um significado importante para a saúde das alunas e alunos da EJA que, em sua quase totalidade, são representantes das classes trabalhadoras pobres e afrodescendentes, moradores das vilas e favelas de Belo Horizonte e região metropolitana.

*Desenvolvimento:* Comece a aula lendo o caso e o relato de experiência do capítulo, faça uma conversa com os estudantes sobre as lideranças populares, a importância da socialização e do compartilhamento de conhecimento.

Em seguida, apresente o vídeo sobre a medicina popular praticada no Brasil e sua raiz africana: “A medicina popular praticada no Brasil”. Proponha uma roda de conversa, para que as alunas e alunos possam discutir o que foi apresentado no vídeo, tendo em vista as ervas e plantas medicinais que são citadas. Pergunte se conhecem e usam algumas das ervas, se conhecem benzedeiras e que outras plantas medicinais e tratamentos fazem uso e não foram citados no vídeo etc.

O vídeo dá destaque para o uso da medicina tradicional nas religiões de matriz africana. Muitos de nossos alunos são frequentadores de igrejas cristãs, católicas ou protestantes, que exercem em seus fiéis um forte sentimento preconceituoso contra outras religiosidades, não cristãs, em especial as africanas. Apesar de não ser o foco temático, a necessidade de discutir a questão pode surgir e seria bastante importante que ela se dirigisse no sentido de propor uma reflexão acerca das percepções preconceituosas sobre o assunto.

Para fechar a aula, convide as/os estudantes para compartilhar os conhecimentos da medicina popular que possuem.

## AULA 2 - A importância do SUS

*Material necessário:* artigo da constituição de 1988, falando sobre o SUS.

*Organização da turma:* pequenos grupos.

*Objetivo:*

- compreender a importância do SUS;
- comparar o sistema de saúde brasileiro com o de outros países.

*Contextualização:* Embasados na exposição teórica desse capítulo, torna-se relevante pensar em como se deu a criação do SUS e sua importância não apenas para a população da capital mineira, mas para todos os brasileiros, visto que a disparidade social no país é extremamente grande.

*Desenvolvimento:* Inicie a aula conversando com as/os estudantes sobre o SUS, pergunte como utilizam o serviço no posto de saúde que frequentam, se têm acesso aos profissionais mais procurados (clínico geral, enfermeira, pediatria, dentista e ginecologista). Após esse momento, leve-os a pensar como seria seu cotidiano se precisassem pagar por esse serviço.

Em seguida, vamos refletir sobre a Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS, a partir da leitura dos artigos 6.º, 196, 197 e 198. Dividir a turma em grupos, cada qual poderá trabalhar um artigo ou parte dele, caso seja extenso. Os grupos deverão discutir as concepções do SUS informadas em cada artigo (exemplos: concepções de saúde; atribuições do Estado em relação à saúde dos cidadãos; valores e concepções de mundo presentes no texto; transformações nas dimensões cultural, político, jurídico e institucional exigidos na sociedade, para que a letra da lei seja um direito, de fato). Em seguida, os grupos socializarão e discutirão com a turma, em uma roda de conversa, as reflexões que fizeram.

Proponha à turma uma pesquisa sobre o acesso da população aos serviços de saúde, comparando a experiência do nosso SUS com o que acontece em outros países do mundo. Faça com que cada grupo pesquise, de forma rápida, sobre o sistema de saúde de um país de cada continente (um tempo de 40min). Depois, abra uma nova discussão, trazendo as novas informações encontradas. Finalize a aula valorizando a importância do SUS para o controle de doenças, em especial as vistas nos capítulos anteriores, pois nossa população não seria capaz de arcar com custos de internações.

Por fim, peça aos alunos para trazerem folhas de chá para próxima aula.



### AULA 3 - Receitas de tratamentos da medicina popular

*Material necessário:* lápis grafite e/ou caneta, lápis de cor e/ou de cera, folhas avulsas para, posteriormente serem transformadas em um caderno de receitas, agulhas, linha de costura, folhas usadas para fazer chá.

*Organização da turma:* pequenos grupos.

Objetivos:

- reunir e registrar as experiências pessoais e familiares das educandas e dos educandos com a medicina popular caseira;
- trabalhar com o gênero textual “receita”, suas características, formas e funções;
- confeccionar um caderno de receitas, utilizando técnica simples de encadernação;
- desenhar, através da observação, plantas e ervas medicinais;
- promover socialização, através de momentos de degustação de chás preparados pela turma.

*Contextualização:* É importante que as experiências trocadas em sala de aula possam ser transformadas em algo concreto e registradas de forma a valorizar o conhecimento das/os estudantes. Essa aula trará mais leveza ao processo escolar, uma vez que serão proporcionados momentos lúdicos, de socialização e artísticos.

*Desenvolvimento:* Prepare uma aula para a introdução do gênero textual receita, sua forma e função. Sugerimos a elaboração e um caderno de receitas, mas vocês (professora, professor, alunas e alunos) podem escolher a melhor forma de confeccioná-lo, de acordo com os recursos e tempo disponíveis e com as características da turma etc. O registro das receitas também pode ser feito no próprio caderno, em uma caderneta ou bloco próprio para isso. Pode-se, também, usar folhas avulsas e depois juntá-las com alguma técnica simples de encadernação, como no exemplo apresentado neste vídeo: “Encadernação tipo Moleskine – Parte 1 – Costura das páginas”.

Utilize as folhas de chás trazidas pelas/os estudantes para reproduzir suas características, desenhando-as nas páginas do caderno de receita. Você também pode utilizá-las para o preparo de chás, que poderão ser servidos durante as aulas.

Outras dicas terapêuticas podem ser acrescentadas ao caderno, como,

QRCode 3.2  
Video



por exemplo, o que determinada/o aluna/o faz para vencer um estado depressivo: ler um livro, fazer um bordado, realizar uma caminhada, ouvir música etc.



Figura 3.2 - Sementes e folhas de chás diversos



Figura 3.3 - Chá medicinal.



Figura 3.4: Escalda pé

Fonte: fotografias de Camila N. Fiuza

#### AULA 4 - Quantizando medidas

*Material necessário:* balança, ervas medicinais, espaço para fazer preparações de chás e alimentos.

*Organização da turma:* pequenos grupos.

*Objetivo:*

- quantizar medidas;
- fazer a preparação de algum chá medicinal.

*Contextualização:* A maioria dos preparados da medicina tradicional é elaborada de maneira bastante “intuitiva”. Geralmente, usam-se medidas como “punhado”, “mão”, “bastante” etc. Essa é uma situação ideal para apresentar a necessidade histórica de estabelecer uma padronização para os pesos e as medidas. Você pode demonstrar que, se não há um padrão, cada pessoa pode encontrar um resultado diferente em suas receitas: uns terão chás excessivamente concentrados e outros muito diluídos. No caso dos chás, se a medida for igual para todos, os resultados vão ficar mais próximos da receita original.

*Desenvolvimento:* Trazer uma balança de cozinha para a sala de aula

e, durante as preparações de chás ou de outra receita medicinal compartilhada na aula passada, estabelecer a medida indicada de forma “intuitiva” pelas alunas e pelos alunos, de acordo com o SI, geralmente em gramas. Escrever no caderno de receitas tanto a medida original, indicada pela/o aluna/o, quanto pelo SI.

## Referências

AVELAR, Janina Mara de Freitas . **O agente comunitário de saúde e a educação permanente em saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Lagoa Santa, 2014. 38f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Lei 11350**, de 05 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm). Acesso em: 01 de set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: MS, 2001.

CUNHA, Carlos Maciel. **Encontro Comunitário**. Belo Horizonte: O Luta-dor, 2004.

FÁVERO, Osmar. **Uma pedagogia da participação popular: análise da prática educativa do MEB (1961-1966)**: Movimento de Educação de Base. São Paulo: Autores Assoicados, 2006.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. **Olho Mágico**, v.6, n. 22, p. 22-5, 2000.

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Cortez, 1989.

FREIRE, Paulo. **Educação e atualidade brasileira**. São Paulo: Cortez, 2001.

GALVÃO, Ana Maria de Oliveira; DI PIERRO, Maria Clara. **Preconceito contra o Analfabeto**. São Paulo: Cortez, 2007.

MAYO, Peter. **Gramsci, Freire e a Educação de Adultos**: possibilidade para uma ação transformadora. Porto Alegre: Artemed, 2004.

MATOS, Danusa Black. **Mediação entre pessoas em situação de sofrimento psíquico e atenção básica em saúde**: Um trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Monografia (Graduação em Psicologia) PUC Mi-

nas. Belo Horizonte, 2011.

OMS. **OMS aprova medicina tradicional comprovada cientificamente**. 2020. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/news/oms-apoia-medicina-tradicional-comprovada-cientificamente>. Acesso em: 01 set. 2020.

REIS, Denizi Oliveira *et al.* **Políticas Públicas de Saúde: sistema único de saúde**. UNA-SUS, UNIFESP, 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/7/idades Conteudos/unidade02/unidade02.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/idades Conteudos/unidade02/unidade02.pdf). Acesso em 03 de jul. 2020.

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema único de Saúde** – um capítulo à parte. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>. Acesso em: 04 de jul. 2020.

ZÉ MULATO; CASSIANO. **Ciência matuta**. Fortaleza: Viola Brasileira Show, 2014.

# Promoção e prevenção: ampliando o conceito de Saúde

Marcial de Carvalho Júnior  
Karina Dias Gea  
Diego de Oliveira

# 4

Capítulo

*Cara professora, caro professor,*

Nos capítulos anteriores, foi possível compreender que existem diversos determinantes que influenciam a nossa saúde. Não apenas os elementos biológicos, como os agentes de transmissão de doenças, mas também os fatores sociais. Isso nos leva a alguns questionamentos: com os inúmeros determinantes sociais e biológicos, como nós podemos entender o que é saúde? É possível definir um ideal de vida saudável para todas/os? Qual é o papel da Educação, subsequentemente, da Educação de Jovens e Adultos, na saúde de uma sociedade?

Este capítulo tem como finalidade principal focalizar as discussões sobre as perspectivas de saúde. Percebemos que o discurso vigente resume-se, muitas vezes, à prevenção de doenças: matar o mosquito, para acabar com a dengue; escovar os dentes, para evitar a cárie; usar camisinhas, para não ter ISTs; ter uma dieta rica em vitamina C, para não gripar. Desse modo, discutiremos o histórico do conceito de saúde e suas implicações, o desenvolvimento da promoção da saúde e a importância da prevenção de doenças, levando em conta um novo paradigma do que é ser saudável, que inclui os diferentes determinantes sociais de saúde, ou seja, considerando as realidades e especificidades dos diferentes sujeitos e populações.

O Caso Pedagógico que abre este capítulo será objeto de análise e reflexão, a partir dos seguintes pontos: a) a diversidade que existe na concepção de saúde; b) a compreensão de saúde como cura e não como ações de prevenção; c) a importância das ações de promoção da saúde.

O terceiro capítulo está dividido em algumas seções. Na primeira, buscamos realizar uma breve historização das diferentes visões do que é saúde, apresentando um conceito mais amplo, que acreditamos ser mais inclusivo. Em seguida, na seção “Desenvolvimento da Promoção de Saúde”, analisamos como as ações para a promoção são realizadas e possuem diversos objetivos, de acordo com as diferentes percepções de saúde ao longo dos anos. Além disso, demonstramos a importância da Educação em Saúde para que, de fato, ocorra a promoção da saúde amplamente. E, por último, na terceira seção, discutiremos como a prevenção é fundamental na constituição da saúde mais ampla, gerando impactos na saúde mental e social.

O relato de experiência é sobre uma visita a uma turma da EJA organizada no Centro Nefrológico de Venda Nova. As aulas são administradas para os pacientes, durante a hemodiálise, tratamento para a Insuficiência Renal Crônica (IRC). Esse relato instiga a discussão das influências positivas que a educação pode causar no bem-estar dos indivíduos com doenças crônicas.

Abrindo o capítulo, temos o caso do professor Diego, da EJA juvenil. Em uma aula com temática complexa, a sexualidade, Diego viu-se como responsável pela saúde íntima de um aluno.

#### **4.1 Caso Pedagógico - Será que tem cura?**

Durante a aula sobre sistema respiratório, em uma turma de certificação composta por jovens entre 15 e 24 anos, um aluno interrompeu a aula questionando: “Professor! O senhor vai ensinar a gente sobre sexologia?”. Espantei-me pelo fato de que, naquele momento, a pergunta não fazia o menor sentido, tendo em vista o assunto da aula. Respondi que sim, o



mais rápido possível, para que o termo “sexologia” não ganhasse repercussão naquele momento, fazendo com que a discussão não tomasse “outros rumos” e que o fim pedagógico estabelecido no planejamento fosse condizente com o término daquela aula. Porém, as piadinhas começaram em tons baixinhos, que cresceram a ponto de que o aluno mais passivo (até aquele momento) despertasse de um sono em risos, dando gritos que se ouviam de outras salas. Percebi que o tema sexo era mais importante que tudo naquele momento. Ao acalmar o grupo e tentar terminar o conteúdo prestabelecido, ainda preservei cinco minutos finais para dar atenção àquele pedido. Pontuei: “O que acham mais importante tratar nessa aula de sexologia que você me perguntou?” O jovem me disse: “Sei lá!? Falar sobre as doenças e tal. Mas não precisa daquelas imagens nojentas não, tá ligado!?”. Os comentários sobre as imagens foram uníssonos.

No outro dia, esse jovem me procurou, querendo falar pessoalmente. Logo imaginei que aquela demanda fosse algo muito pessoal. Ele foi dizendo sobre sua vida sexual, repleta de inseguranças e inconsequências, como a ausência do uso de preservativos, e terminou sua fala perguntando sobre alguns sintomas que ele apresentava. Como não sou médico, orientei que procurasse o profissional adequado para um melhor diagnóstico. Ele relatava que havia pesquisado na internet e que poderia ser uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Ressaltava o mau cheiro e afirmava que utilizava alguns cremes íntimos para melhorar “a situação”. Conversamos por aproximadamente dez minutos sobre os sintomas e, principalmente, sobre aquele estilo de vida, que poderia ter como consequência uma gestação não planejada ou uma enfermidade mais grave. Encerramos por ali um diálogo importante e um planejamento de aula praticamente pronto. Na outra semana, ele me procurou dizendo sobre sua ida à unidade básica de saúde e contando que já tinha recebido o diagnóstico e as orientações da médica da unidade. Já com um ar de despreocupação e alegria, me disse que, daquele momento em diante, ficaria mais esperto em suas relações.

Uns quinze dias depois, após a aula sobre sistema reprodutor, correlacionando ISTs, gestação e sexualidade, o jovem me procura novamente e pergunta: “*Nó Fessô, a parada não melhorou e, o pior, continuei transando no pêlo [sem camisinha]. Será que não tem cura?*”.

## 4.2 Teorização - Afinal, o que é saúde?

Depois do que aprendemos nos capítulos 1 e 3 deste Caderno, espero que você perceba como a saúde é fragilizada ou fortalecida de várias formas,

para além do acesso a medicamentos e consultas. Logo, desejamos provocar mais esta reflexão e compartilhar a nossa compreensão sobre esse conceito. Para compreendermos melhor o desenvolvimento de uma visão sobre saúde mais ampla, entendendo seus diferentes fatores, é importante conhecer outras percepções.

O conceito tradicional, também chamado de conceito biomédico, é uma visão que consideramos reducionista e ultrapassada, mas para um melhor processo de desconstrução e ampliação, será fundamental apresentá-lo. A saúde, para o conceito biomédico, é a ausência de doenças no indivíduo e na comunidade (BARROS, 2002). Nessa perspectiva, a procura do saudável é evitar todas as enfermidades físicas e combater os agentes biológicos, sempre focalizando a prevenção e a cura de doenças.

Com essa base, o conceito tradicional traz diversos desdobramentos para a aplicação social da saúde, assim como na construção de políticas públicas, focalizando a prevenção de doenças, a vacinação em massa, o desenvolvimento de medicamentos, entre outros. Ou seja, o desenvolvimento da saúde de uma população é apenas relacionado aos conhecimentos acadêmicos da área da saúde. A busca pela saúde é desenvolvida, entendida, aplicada e avaliada somente pelos profissionais da área, visto que são eles que detém o conhecimento compreendido como necessário para tal.

Nesse sentido, a saúde coletiva, que está relacionada às políticas públicas de saúde para os diferentes grupos ou populações, acaba focalizando apenas as necessidades biológicas que um determinado local e/ou grupo possui, sem diálogo com os sujeitos. A Revolta da Vacina (1904), que ocorreu no nosso país, é um exemplo que demonstra a aplicação desse pensamento tradicional em uma política pública, com graves consequências. O que se viu foram funcionários do governo, junto com os policiais, forçando a entrada nas casas das pessoas, muitas vezes, na madrugada, para obrigá-las a tomar a vacina de varíola, sem, anteriormente, realizar processos de divulgação sobre como a vacina funcionava e sua importância para combater a doença. Isso foi o estopim para a rebelião popular.

Cabe destacar que, com base neste conceito, as causas das doenças são analisadas apenas pelas questões biológicas, não tendo em vista diferentes causalidades ou determinantes, como as influências das questões econômicas e sociais para a saúde ou como as relações de classe, gênero, raça, nacionalidade, entre outros marcadores sociais que colocam em situação de vulnerabilidade determinados indivíduos e populações.

Diferentes autores e pesquisadores levantaram críticas ao modelo biomédico (WESTPHAL, 2006), porque consideram que ele possui caráter autoritário. Afinal, o profissional de saúde é o único capacitado para men-

surar corretamente a saúde de uma população, realizando essa atividade através de medições impessoais, que geram a falsa “neutralidade” dos dados. Contudo, a realidade é que essa perspectiva não considera as diferentes causalidades das doenças e sua adoção impedia que se conhecesse, de fato, a realidade das pessoas e grupos estudados e isso não trazia neutralidade, e sim, limitações importantes para as análises.

A partir do conceito de saúde do modelo biomédico, que é a ausência de doença, você educadora/o é saudável? As/os educandas/os seriam compreendidas/os como indivíduos saudáveis? Percebemos, assim, que, nessa perspectiva, a saúde se torna uma realidade quase impossível de ser alcançada. Mas, com a evolução das ciências ligadas às áreas da saúde, essa perspectiva começou a ser desconstruída, como na importante pesquisa realizada no final do século XIX, pelo inglês Tomas McKeown, que ajudou a refutar esse conceito. Ao estudar quais eram as maiores causas da mortalidade na população inglesa, McCown compreendeu que os fatores que mais contribuem para a melhoria da qualidade de vida são o “desenvolvimento econômico, nutrição e mudança nos níveis de vida da população e muito menos as intervenções de caráter médico”. (WES-TPHAL, 2006, p. 640). Este estudo foi um dos marcos para o processo de compreensão mais amplo das ações de saúde. Com isso, o conceito de saúde passou a abranger mais do que a prevenção de doenças, ampliando-se para ações de promoção de saúde.

Com a expansão da compreensão deste conceito e dos fatores que interferem na saúde de pessoas e grupos, em 1947, a OMS, Organização Mundial de Saúde a definiu como o “perfeito bem-estar mental, físico e social” (SANTOS; ROS, 2016, p.190). Essa definição, utilizada até hoje pela organização, foi importante para estabelecer a multicausalidade na saúde. Essa concepção é importante porque considera a saúde atrelada a aspectos físicos, somados a aspectos mentais e sociais. Para além disso, essa concepção revolucionou a área, com a quebra do principal ponto do conceito tradicional, afinal de contas, demarca que o sujeito não necessita ter ausência de doenças para alcançar o bem-estar.

No entanto, a definição da OMS não é imune a críticas, o “perfeito bem-estar” é uma condição utópica e de difícil categorização. Como salientam os autores Segre e Ferraz (1997), a avaliação feita por terceiros é realizada de forma distante da realidade do sujeito e de seu entorno. Cria-se a ideia de um padrão impossível de ser alcançado e uma homogeneização do que seria o bem-estar. Então, você acredita que é possível ter uma norma da saúde? Você acha que bem-estar é o mesmo para um morador idoso do Vale do Jequitinhonha e para uma jovem moradora da zona sul de BH?

Com essa reflexão, compreendemos que essa categorização de saúde define a possibilidade de condição do sujeito, ou seja, se uma pessoa é ou não saudável. Portanto, é uma avaliação perigosa, que pode levar a sociedade em busca de uma saúde impossível, procurando cada vez mais intervenções médicas como um caminho para uma vida saudável, mantendo-a dependente do sistema de saúde (SANTOS; ROS, 2016). Outro problema desse conceito é que ele, automaticamente, exclui todas as pessoas com alguma doença crônica, que, no Brasil, chegam a 45% da população.

Desse modo, uma definição de saúde que dê conta de todos os fatores que influenciam e ditam a saúde de um indivíduo ou comunidade é quase impossível, porque não existem condições iguais para toda a população do país, nem do planeta. Além disso, é difícil ter uma compreensão homogênea do que é saúde, uma vez que nossa sociedade se constitui por múltiplas realidades e culturas e, assim, não há uma condição universal do que é “ser saudável”. Refletindo sobre essas questões levantadas, surge a dúvida: como podemos entender o que é saúde?

Propomos que a saúde é um processo, ou seja, não é uma condição estática que é dada ou imposta ao sujeito, seja por uma instituição, governo ou profissional de saúde. Dessa forma, é construída de maneira descentralizada, realizada pelo sujeito e envolvendo sua comunidade. Essa última é compreendida como um conjunto de pessoas que se relacionam com o indivíduo nos processos que vão desde as relações pessoais, como família, colegas de trabalho, vizinhos, até sua relação com equipamentos de saúde, educação, poderes públicos.

Dessa maneira, a construção da saúde deve ser realizada sempre com os sujeitos, entendendo suas diferenças e especificidades. Essa construção de saúde para um indivíduo deve ser entendida sempre em um contexto social, ou seja, não é a individualização radical da saúde e sim a compreensão das diferentes condições e realidades que influenciam a saúde de um sujeito e do seu entorno.

Por isso, o conceito que defendemos de saúde é um que precisa ser desenvolvido para cada sujeito ou comunidade, um conceito mais amplo. Importante destacar que esse conceito de saúde não substitui ou ignora os conhecimentos científicos e acadêmicos; pelo contrário, utiliza-se deles para sua compreensão e desenvolvimento, em conjunto com os diferentes determinantes sociais de saúde. Por essa razão, é uma saúde amplificada.

A compreensão de saúde como um processo influencia a constituição de uma saúde coletiva, que abarca as necessidades sociais de indivíduos e comunidades. Para a efetivação desse conceito, é necessário enten-

der a realidade da população e criar ações públicas que tenham práticas técnicas da área de saúde com elementos sociais, como a compreensão do contexto estrutural, nível socioeconômico, ocupação e outros marcadores sociais. Uma iniciativa que visa a busca de alternativas para melhorar as condições de saúde nas comunidades é, conforme vimos no capítulo 3, realizada pelas/os ACS. O grupo é composto majoritariamente por mulheres e elas participam e transitam por ambos os espaços – governo e comunidade – e intermediam essa interlocução, possuem a importante função de acolhimento e mapeamento das realidades do território, pois são membros da equipe e fazem parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos com maior facilidade, propiciando o contato direto da equipe com as demandas e vulnerabilidades de um determinado local.

Destacamos que esse processo de construção da saúde relaciona-se com a própria concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), que defende a descentralização do processo de saúde e traz o aspecto democrático do Sistema, pautado pelos princípios de **universalidade, equidade e integralidade**.

Logo, o SUS pode viabilizar a construção de saúde mais ampla, compreendendo as realidades e especificidades de sujeitos e populações, com ações de promoção, proteção e recuperação, garantindo atenção de saúde para todos. Frente a essa discussão sobre o conceito de saúde, percebemos a necessidade de discutir as ações de promoção de saúde, tendo em vista esse conceito mais amplo, suas características, suas áreas de atuação e sua relevância na saúde pública.

### 4.2.1 O desenvolvimento da promoção de saúde

A promoção de saúde foi, inicialmente, denominada pelo médico sanitário Henry Singest, no começo do século XX, quando ele concebeu as quatro funções da medicina: promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Nessa concepção, a promoção consistia em intervenções estruturais do Estado para a melhoria das condições de vida, como construção de hospitais e inclusão de ações de educação em saúde (WESTPHAL, 2006).

Com a ampliação da compreensão de que existem fatores, para além do adoecimento ou outras questões físicas, que interferem na saúde de uma pessoa ou grupo, a promoção de saúde tornou-se, cada vez mais, um elemento crucial para o desenvolvimento da saúde. Consequentemente, ocorreu a expansão dos campos de atuação, assim como da diversidade dos

QRCode 4.1



QRCode 4.2



indivíduos e grupos que planejam, constroem e executam ações de promoção de saúde. Um exemplo é o desenvolvimento do grupo de danças populares “Meninas de Sinhá”. Como visto no capítulo anterior, a D. Valdete estava preocupada com o bem-estar das mulheres do Bairro Alto Vera Cruz. Então, ela decidiu criar o grupo, para que elas possuíssem um espaço de convivência, criando uma sensação de pertença, fazendo com que diminuíssem o uso de medicamentos e melhorassem a qualidade de vida.

Com isso, diversos profissionais de saúde e pessoas ligadas à saúde coletiva expandiram o que se entende como ações de promoção de saúde. Um dos marcos desse processo de mudança ocorreu na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, Canadá, onde definiram Promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986, p. 11). Apesar de importante, destacamos que a Carta de Ottawa é baseada no conceito da OMS, ou seja, ainda existe a compreensão de que a promoção de saúde objetiva atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Contudo, o documento foi um marco para a compreensão dos diferentes determinantes de saúde, principalmente porque confere outro lugar para o sujeito, que não é mais passivo, sendo agente de sua própria saúde.

Entendendo a saúde amplificada como um processo de construção envolvendo o indivíduo e a comunidade - tendo em consideração os diferentes fatores para um bem-estar mental, físico e social - a promoção de saúde ganha papel central, porque possibilita a construção de saúde. Desse modo, a promoção de saúde torna-se não apenas fundamental na busca por uma vida saudável, mas configura-se como a própria garantia de ações para o processo de estruturação do que entendemos como saúde.

Nesse processo, é primordial que o sujeito seja capaz de ter autonomia. Para isso, é importante destacar que ele deve ter o conhecimento essencial para compreender os determinantes de saúde, podendo analisar as diferentes questões envolvidas e apenas os elementos médicos e biológicos, mas todo o seu contexto social. Conseqüentemente, o indivíduo desenvolverá uma análise própria de sua realidade, que permitirá que ele construa seu próprio ideal de vida saudável.

Nesse sentido, a Educação em Saúde é um dos processos para a construção dessa saúde. Seguindo o conceito de educação dialógica de Paulo Freire (1987), o conhecimento não é algo dado à/ao educanda/o, em uma perspectiva de cima pra baixo, mas é desenvolvido e construído em



conjunto, compreendendo sua realidade e especificidades. Assim, uma Educação em Saúde que possibilite que o indivíduo construa seu próprio conceito de saúde deve pautar-se não só em instruir sobre os métodos de prevenção de doenças e orientar sobre quais comportamentos são considerados “saudáveis”, não se restringindo a intervenções como a que observamos no caso apresentado no início do presente capítulo. Dessa forma, compreendemos que a Educação em Saúde precisa ser feita

capacitando as pessoas para agirem sobre o meio, implicando -as no processo de transformação de fatores pessoais, sociais, econômicos ou ambientais que incidem sobre a sua saúde. Assim, longe de se centrar na transmissão de informação ou nas tomadas de decisão comportamentais, esse tipo de educação para a saúde procura motivar e capacitar os indivíduos a empreenderem ações que melhorem a sua saúde (FEIO; OLIVEIRA, 2015, p. 711).

Para tanto, é indispensável que o indivíduo ou comunidade possua possibilidades para fazer essa construção. Nesse sentido, são fundamentais ações públicas que o auxiliem nesse processo, com a constituição de políticas públicas de Educação em Saúde e a democratização do sistema de saúde, compreendendo as especificidades de grupos vulneráveis, como o Pop Rua, que é um conselho participativo eleito democraticamente, que visa monitorar a política municipal para a população em situação de rua (COMITÊ POP-RUA-MG, 2018).

Outra característica dessa promoção em uma perspectiva de saúde ampliada é a constituição de diferentes processos que permitam o desenvolvimento de uma qualidade de vida melhor. Porém, como fica a cargo do indivíduo julgar esta condição, o papel dos governos e das populações para promover a saúde concretiza-se, por exemplo, por meio da construção de praças e academias da cidade, que são importantes políticas públicas. Além disso, podemos citar inúmeras práticas, de categorias diversas, que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, como a participação em grupos da terceira idade, de congado e/ou de gestantes; o acesso a arte e cultura; praticar ioga na praça do seu bairro; fazer parte de uma ONG e outras atividades. Trata-se, pois, de atividades igualmente importantes, visto que ajudam a estabelecer a sensação de pertença social à comunidade

Com a multiplicidade de fatores que influenciam a saúde, as pessoas que articulam e desenvolvem também se diversificam. Unindo-se aos profissionais da área da saúde, como médicos, dentistas, entre outros, a comu-

QRCode 4.3





nidade como um todo participa da construção de saúde. Essa atuação vai desde a participação democrática em políticas públicas, até as relações interpessoais, como visto anteriormente.

Tendo em vista o papel da promoção de saúde em perspectiva mais ampla, podemos levantar uma questão: qual é a contribuição da prevenção de doenças no processo de construção de saúde? Ela ainda é um fator relevante para o seu desenvolvimento?

### 4.2.2 E a prevenção?

Caracteriza-se como prevenção de doenças as ações diretas para evitar as enfermidades, tanto direcionadas aos agentes patológicos, como a vacinação contra doenças virais, quanto para os meios que podem disseminá-las, como extinguir locais insalubres e a proliferação de possíveis vetores de enfermidades, como ratos e mosquitos.

Sendo um ponto central no conceito tradicional biomédico, a prevenção de doenças não perde sua importância quando consideramos o conceito de saúde mais amplo. Afinal, esse conceito compreende que as doenças são um dos fatores que podem influenciar a construção de saúde. O que a saúde mais ampla discute é que os determinantes de saúde vão além das enfermidades, de modo que essas não são estabelecidas como condição principal para uma vida saudável.

Porém, é inegável a relação que as doenças têm com o bem-estar dos indivíduos, não só no aspecto de saúde física, mas no processo de saúde mental e social. Nessa perspectiva, existe uma integralidade na percepção de saúde. Assim, a saúde mental não é entendida apenas como a ausência de transtornos mentais. Longe disso, ela se configura como um processo fruto de vários fatores e dimensões da vida que se interagem, como os aspectos históricos, sociais, culturais, econômicos, biológicos, ambientais e psicológicos. Dessa forma, a saúde mental pode ser prejudicada por precárias condições de trabalho, discriminação de gênero, exclusão social, vivências de violência, fatores genéticos e/ou rápidas mudanças sociais, como as provocadas pela pandemia da covid-19. A percepção de saúde integral permite-nos dizer que a saúde mental afetada também reflete no corpo, podendo ocasionar doenças físicas de cunho psicológico (nomeadas como doenças psicossomáticas ou somatização), caracterizadas pela presença de sintomas e associadas ao sofrimento psíquico.

A percepção individual sobre saúde e doença tem impacto sobre as vivên-

cias, atitudes e comportamentos de saúde de uma pessoa, mas é importante compreender que essas visões são fortemente influenciadas pelo contexto cultural e social em que ela está inserida. Dessa forma, condiciona quais serão os comportamentos adotados para prevenção de doenças ou restabelecimento da saúde, como exemplo, temos o caso do estudante que desejava saber mais sobre ISTs.

Outro exemplo são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que geralmente possuem tratamento contínuo e invasivo, afetam a condição física e podem limitar as relações sociais. Além disso, as pessoas que possuem doenças crônicas podem vivenciar sentimentos de tristeza, medo e preocupação, o que pode afetar sua saúde mental, se não tiverem um bom suporte social (ARAGÃO *et al*, 2018).

Portanto, pensando no processo de construção de saúde, um indivíduo com doenças crônicas pode estabelecer uma boa relação com essa realidade, deixando de ser visto só como um diagnóstico e criando um bem-estar mesmo com essa condição. Muitas dessas doenças crônicas carregam um estigma que as associa à morte e à responsabilização do indivíduo por sua condição, criando um ambiente tóxico envolto na discussão do problema em uma comunidade. Nesse quesito, a construção de saúde social na comunidade é de extrema importância, com o sujeito podendo ter interações sociais que o possibilitem não se sentir excluído. Um exemplo de ação para fomentar uma saúde social é a criação do site “depositivoeagora.org”, que propõe ser um lugar para as pessoas que acabaram de descobrir que são soropositivas. No site, as pessoas que vivem com HIV conseguem acessar informações necessárias e confiáveis, percebem que não estão sozinhas e isso gera uma sensação de pertencimento e suporte social. Neste portal, por meio de vídeos, a organização propõe levantar discussões como “posso confiar no teste de HIV?”, “quem vive com HIV pode namorar?”, entre outras.

Então, o apoio social é importante para estabelecer adesão a tratamentos de saúde e gera senso de estabilidade e bem-estar psicológico no processo de adoecimento. Em contraste, o baixo apoio social pode ser considerado fator agravante para o desenvolvimento do diabetes, uma Doença Crônica Não Transmissível que atinge boa parte da população brasileira, principalmente idosa. Assim, percebemos a dimensão coletiva envolvida no processo de saúde e, conseqüentemente, na saúde mental.

Na perspectiva ampliada de saúde, os transtornos mentais não precisam ser uma condição limitante para os indivíduos diagnosticados, porque essas pessoas podem ter qualidade de vida, participação social e comunitá-

QRCode 4.4



QRCode 4.5



ria, trabalhar e desenvolver suas habilidades e potenciais. Um exemplo é o Suricato, bar que fica no bairro Floresta, próximo ao hipercentro de Belo Horizonte, cujos funcionários são portadores de transtorno mental. Este espaço permite que eles demonstrem suas capacidades e contribui para o combate ao preconceito, pois também expõe pinturas, móveis e obras de arte produzidas por pacientes psiquiátricos.

### 4.3 Relato de Experiência - EJA no Centro Nefrológico de Venda Nova

No ano de 2018, ingressei como extensionista nos Cadernos Pedagógicos para a EJA, da rede Municipal de Educação de Belo Horizonte. Na primeira reunião com a equipe do projeto, dividiram-se os grupos, que trabalhariam por temáticas. Me direcionei para o tema com o menor número de integrantes: Saúde e Corporeidade.



*Figura 3.1 - Turma da EJA no Centro Nefrológico. Imagem disponível no site da Prefeitura de Belo Horizonte (<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-forma-turma-de-e-ja-para-atender-pacientes-durante-sessoes-de-hemodialise>)*

Com o passar do tempo, participando das diferentes discussões do grupo, a temática Saúde e Corporeidade começou a me encantar profundamente, especialmente a sua relação com a educação. Sendo aluno de licenciatura, tinha participado de inúmeras aulas e palestras sobre educação, mas nunca havia pensado sobre a sua relação com a saúde. Com o avanço das discussões que os encontros inspiravam, tive a oportunidade de participar do processo de produção do presente caderno.

Nas reuniões posteriores, discutimos a relação entre educação e saúde, a importância da relação entre professores e estudantes, a condição das pessoas que retornavam ao processo de escolarização, um direito que lhes foi tirado. O próprio conceito de saúde, indo além da condição física, entendendo as diferentes causalidades de ser saudável, como o bem-estar social e mental, demonstrando a importância não só da prevenção de doenças, mas da promoção de saúde, tarefa em que a educação tem papel fundamental.

Foi participando das atividades dos Cadernos Pedagógicos da EJA que pude conhecer um dos principais exemplos das discussões e a experiência mais impactante que tive na universidade: a minha visita às salas de EJA no Centro Nefrológico de Venda Nova.

Sendo parte dos trabalhos dos extensionistas visitar espaços que abrigam a EJA, no intuito de buscar subsídios para a construção do caderno, fui convidado pelo professor Heli e pela assistente social do Centro Nefrológico de Venda Nova, a Pâmela, para conhecer uma experiência de Educação de Jovens e Adultos em um ambiente de saúde. Assim, eu e outro extensionista, o João, fomos ao Centro Nefrológico de Venda Nova, ligado ao Hospital Evangélico.

Primeiramente, entrevistamos Pâmela sobre os procedimentos do Centro Nefrológico. Começamos a entender não só seu histórico, mas a constituição da EJA no lugar. O local é destinado ao diagnóstico e tratamento de doenças do sistema urinário. A enfermidade mais comum dos sujeitos que frequentam o Centro é a Insuficiência Renal Crônica (IRC), patologia em que os rins não conseguem executar mais sua função de filtração de impurezas no sangue, causando sérios riscos ao organismo. Muitos pacientes já possuíam diabetes e/ou hipertensão e, devido à falta de atenção e cuidados, desenvolveram a doença. Esses fatores fazem com que a IRC atinja um grande número de idosos.

Cabe destacar que os pacientes precisam seguir um tratamento muito rígido, exigindo que se mantenham em dieta constante e participando de três a cinco vezes por semana de sessões de hemodiálise. Esse procedimento ocorre por meio da filtração do sangue, através de uma máquina. Entretanto, o equipamento possui um limite de filtração, fazendo com que os pacientes também mantenham um limite de ingestão de líquidos. Outro fator importante é o desconforto causado pelo tratamento, afinal, a duração do procedimento é de, aproximadamente, quatro horas. O ambiente é fortemente refrigerado, devido à necessidade da máquina operar em temperaturas baixas. Além disso, os pacientes lidam com a possibilidade constante de ter quedas de pressão, náusea, vômito, cãimbra, inchaço e mal-estar.

Mesmo diante desse difícil procedimento, é importante compreender a importância das sessões, pois caso o paciente falte há sério risco de óbito.

Segundo Pâmela, diversos profissionais do Centro perceberam a dificuldade dos usuários. A incompreensão das instruções médicas criava um empecilho para que eles seguissem as devidas recomendações e acompanhassem as dietas de alimentos e líquidos. Havia também um alto índice de faltas às sessões de hemodiálise. Conseqüentemente, o grupo multiprofissional do Centro, que possui médicos, psicólogos, assistente social, enfermeira, entre outros profissionais, entendeu a necessidade de atuar mais ativamente para melhorar essa realidade.

A partir desse desejo-necessidade, realizaram uma pesquisa e analisaram que, dos aproximadamente 700 pacientes do Centro Nefrológico, 400 não haviam terminado os estudos. Destes, 81 eram analfabetos. Então, desenvolveram uma proposta de Educação de Jovens e Adultos no Centro, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte. As aulas seriam realizadas durante as sessões de hemodiálise, para aqueles pacientes que assim desejassem.

Sendo realizadas durante o tratamento, as aulas são administradas por uma professora por sala de hemodiálise. Um material com exercícios do tema do dia é preparado e, de aluno por aluno, a professora passa a lição, seguindo o nível de escolaridade de todos. Assim, o mesmo material, com diferentes atividades, é usado seja para alunos de alfabetização ou em turmas em processo de certificação.

Após a finalização dessa densa entrevista, Pâmela nos convidou para conhecer as salas de hemodiálise durante a realização das aulas. Entrar em uma sala de hemodiálise do Centro Nefrológico foi a experiência mais marcante que já tive. Estar em um lugar com cerca de 40 pessoas deitadas, ligadas a uma máquina, com sangue à mostra em dutos, com uma temperatura ambiente baixíssima, é impactante. O aspecto dessas pessoas impressionava: muitas expressões melancólicas, tristes, cabisbaixas. Olhares vazios, com corpos imóveis cobertos, muitas vezes, dos pés à cabeça. Porém, o maior impacto de todos foi o contraste entre esses pacientes e os que estavam participando da EJA. No caso dos pacientes-estudantes, eles estavam sentados, com semblante alegre, leves, conversando com a professora ou demais alunos e funcionários. Isso ficou evidente na fala de uma estudante com a qual conversei e que me contou como estava gostando das aulas, sentindo-se muito mais animada.

Após visitar a sala, conversamos com Pâmela sobre esse contraste. Ela nos contou que é uma percepção de todos no Centro Nefrológico, pois

a principal mudança notada, após o início da parceria, foi no humor das/os pacientes. Se antes ficavam inquietas/os ou emburradas/os durante o tratamento, agora ficam focadas/os nos exercícios da aula e colaboram com o procedimento. Outra mudança pontuada pela entrevistada foi em relação ao comportamento das/os pacientes-estudantes na sala de espera. Anteriormente, muitas/os ficavam isoladas/os, introvertidas/os e mal-humoradas/os, resultado da ansiedade da espera por um tratamento penoso. Após o começo da EJA, elas/es mudaram o comportamento, sendo mais cordiais, dando bom dia aos funcionários e juntando-se para realizar o dever de casa.

Essa experiência de EJA no Centro Nefrológico demonstra a importância que a educação pode ter para a promoção de saúde. Nesse caso, as/os pacientes-estudantes conseguiram desenvolver uma melhoria no bem-estar durante o tratamento de IRC, demonstrando uma capacidade de reação a uma condição vista, até então, como imutável, por estarem sempre sem saúde. Mesmo possuindo uma doença crônica e passando por um tratamento difícil e doloroso, é possível desenvolver uma vida mais saudável, especialmente no que diz respeito à saúde mental e social.

Ainda não é possível afirmar que as/os pacientes-estudantes irão seguir com mais afinco as recomendações médicas, afinal ainda não foi realizada uma pesquisa para averiguar o impacto qualitativo da implementação da EJA no Centro Nefrológico. Porém, já é possível notar uma melhora nas/os usuárias/os da instituição, como fica demonstrado por um exemplo compartilhado pela psicóloga do Centro Nefrológico. A profissional relatou que, ao recomendar que uma paciente não faltasse à próxima sessão, ficou surpresa com a resposta: “Claro que não! Eu tenho para casa para entregar!”.

#### 4.3.1 Relato de Experiência - Agora você é *fitness*?

Era uma noite de quinta-feira e a aula nesse dia seria bastante diferente. Estávamos indo ao museu com duas turmas de Educação de Jovens e Adultos (EJA), nível certificação. Beleza em movimento era o nome da exposição e iríamos conhecer como os diversos *designs* automobilísticos se estabeleceram ao longo do tempo. Essas turmas tinham em comum um número considerável de jovens entre 15 e 21 anos, todos bem animados pelo passeio e, principalmente, por saberem que iriam conhecer as “naves”. As/os docentes já haviam trabalhado o conteúdo do museu anteriormente e destacaram (como também estava na cartilha do evento) a presença do carro estrelado no filme “De volta para o futuro”.



Enquanto aguardávamos a chegada do ônibus, as/os discentes iam ajeitando suas bolsas, separando e redistribuindo seus lanches. Realizavam até uma *intérra* para comprar salgadinhos de uma colega de sala, que vendia os produtos para complementar a renda familiar. Uma das jovens, se deliciando com o pacote de “Gulão” (salgadinho de marca mais popular) oferece à amiga e é surpreendida com a resposta: “Não! Valeu!”. Espanhada, ela rebate: “Agora você é *fitness*?”. Ao que a outra refutou: “Não, é porque não gosto de cebola”.

Naquele momento, percebi o quanto o termo *fitness* tem ganhado aceitação coletiva entre nós. Tornou-se um jargão relacionado a restrição alimentar e prática de exercícios físicos. A crítica ao uso dessa palavra não se refere apenas ao estrangeirismo, mas por estar equivocadamente associada a padrões estéticos que geralmente não promovem saúde. As pessoas relacionam o termo a tudo que é saudável, que “deixa magro” e “que é bonito”. Há, na essência, um *glamour* ao pronunciar “agora sou *fitness*!”. Bastos (2013) trata esse fenômeno, de forma metafórica, como “epidemia de *fitness*”.

[...] um evento que se propaga, acometendo determinada população, em nome da saúde e da beleza, com comportamentos considerados obsessivos devido ao seu componente de compulsão, que são naturalizados, além de serem sustentados por discursos científicos propalados pela mídia de massa (BASTOS, p. 486, 2013).

Conforme aponta Saba (2006), o termo *fitness* está fortemente relacionado ao aspecto biológico, onde as palavras *fit* e *ness* significam apto e aptidão, respectivamente. Nesse sentido, a frase *physical fitness* está atrelada ao conceito de aptidão física. Um dos termos mais adequados quando falamos em promoção de saúde é *wellness*, bem-estar físico e psicossocial que resulta da interação dos aspectos da saúde com a aptidão física.

Em nossa sociedade, onde o corpo nem sempre é compreendido de forma integral, observamos uma atenção acentuada para o aspecto biológico quando nos referimos à saúde. E é nesse contexto que o termo *fitness* é utilizado equivocadamente, sendo associado a dietas rigorosas, excesso na prática de exercícios físicos e consumo de produtos “milagrosos”. Processos, em sua maioria, não saudáveis. Revistas e jornais estampam homens e mulheres de corpos “sarados”, imagem que, frequentemente, vem associada à palavra *fitness*. O termo é midiático, aparece nos comerciais, novelas e seriados, nas lojas de roupas, em estabelecimentos de venda de alimentos e, pasmem, também está presente em academias de ginástica. Mesmo conhecendo os conceitos ora mencionados, *fitness* e *wellness*, es-



ses estabelecimentos optam por sua utilização inadequada, tendo em vista seu grande apelo comercial.

Ao chegarmos ao museu, uma monitora nos recebeu de forma bem simpática e deu orientações sobre a visita. A proposta da curadoria era enaltecer o *design*. Como se tratava de um termo técnico, a monitora tentou acessar nossos discentes com uma linguagem mais popular. Por coincidência, ela comparou a forma e função dos carros aos corpos humanos. As cores, os formatos, acessórios e a potência dos veículos eram características que se relacionavam, predominantemente, ao gênero masculino. Havia também uma preocupação dos homens em impressionar as mulheres com a posse desses veículos. Pergunto-me: se a intenção era impressionar as mulheres, mas os veículos são produzidos, majoritariamente, para atender os homens, quem determina o desejo das mulheres? As mulheres devem se adequar ao desejo dos homens? Ou há desejos semelhantes, independentemente do gênero?

A busca por um corpo saudável, predominantemente associado à padronização do “belo”, ocorre por motivação intrínseca ou extrínseca? Há, na maioria das vezes, uma demanda externa, seja para atender à expectativa de um *crush*, realizar o sonho de se tornar semelhante a outra pessoa (ídolo) ou até mesmo promover uma exposição nas redes sociais. Embora os riscos à saúde provocados por essa epidemia do *fitness* possa atingir a todos, em nossa sociedade, ela afeta principalmente as mulheres. Por quê?

A visita contribuiu para reflexão a respeito dos diversos formatos dos carros, suas funções e como eram produzidos para atender a demanda dos consumidores. Contudo, o que chamava a atenção dos estudantes era, principalmente, a potência e a estética, apenas a superfície daquilo que podemos conhecer mais profundamente.

#### 4.4 Sequência Didática - Promoção e prevenção

Laiz Cristina da Silva

A Educação de Jovens e Adultos destaca-se pelo seu caráter sensível aos diferentes aspectos da experiência de vida dos sujeitos. Saúde surge, então, como um tema central para o debate pedagógico, na medida em que os sujeitos da EJA não foram privados apenas do acesso à educação formal no tempo regulamentado. O acesso à saúde é, sem sombra de dúvidas, um dos principais direitos negados a esses sujeitos. Diante da

urgência em promover o debate sobre o tema, essa sequência didática propõe intervenções medicativas com turmas de EJA. Serão trabalhados, por meio da reflexão crítica, os conceitos de promoção de saúde, prevenção de doenças e proteção à saúde.

Objetivos de aprendizagem:

- compreender os conceitos de promoção e proteção à saúde;
- reconhecer que todos devem acessar direitos básicos, que geram qualidade de vida para os sujeitos;
- refletir sobre a prevenção de doenças;
- elaborar estratégias, viáveis ao grupo territorial, que promovam a saúde em sua comunidade;
- identificar a importância da socialização para prevenção de doenças emocionais;
- compreender a importância do saneamento básico para a prevenção de doenças;
- conscientizar sobre as ISTs e formas de prevenção;
- comparar e contrastar dados para construir gráficos sobre saúde e a realidade local.

## **AULA 1 - Promoção da saúde**

*Materiais necessários:* dicionário de português, lápis, borracha, caderno.

*Organização da turma:* livre.

*Objetivos da aula:*

- compreender o conceito de promoção da saúde;
- reconhecer a amplitude do domínio da saúde;
- identificar diferentes setores que promovem saúde;
- propor ações, viáveis ao grupo territorial, para a promoção da saúde.

*Contextualização:* É comum que a noção saúde seja pensada em contraposição à noção de doença, em especial a doença física ou claramente visível, tal como um braço quebrado, uma gripe, uma IST, entre outras.

Contudo, é preciso questionar essa limitação do conceito de saúde à ausência de doenças visíveis, na medida em que tal definição biomédica se manifesta de forma autoritária e impessoal. Vale destacar que muitos corpos que se apresentam fisicamente saudáveis para a realização a atividade laboral podem carregar consigo outras enfermidades, que invadem tanto o campo psicólogo, quanto outros aspectos da vida humana, como o lazer, a cultura, o bem-estar social e a qualidade de vida. A necessidade de refletir sobre a amplitude da saúde fica ainda mais evidente quando direcionamos tais análises para os sujeitos da EJA, já que a maioria se encontra em áreas de vulnerabilidade, tanto no quesito sociopolítico, quanto em relação a definições de classe, de gênero e de raça. Por isso, essa aula pretende evidenciar que a promoção da saúde não se limita a ações voltadas para o setor, tais como ir ao médico ou tomar remédios para curar uma doença. É preciso compreender que a promoção da saúde relaciona-se com a transformação dos modos de vida do sujeito, o que inclui suas condições de trabalho, os modos de vida individual e comunitário, o acesso a informação, cultura, lazer, alimentação, segurança e recursos de transporte público qualificados, dentre outros aspectos.

*Desenvolvimento:* Ao iniciar a aula, convide as/os alunas/os a se organizarem em círculo, construa um ambiente seguro, em que as/os estudantes se sintam confortáveis para a realização de um debate sobre o tema da aula. Em seguida, questione o que as/os estudantes entendem por saúde. É importante estimulá-las/os com exemplos retirados do contexto territorial do qual a escola participa. Para fundamentar o diálogo, leia com a turma o Causo Pedagógico e o Relato de Experiência apresentados nesse capítulo.

O caso narra uma situação ocorrida em uma turma de EJA, em que um professor realizava uma aula sobre circulação respiratória e foi surpreendido com a interferência de um aluno que demonstrava interesse sobre outro tema. Então, o mediador aproveitou aquela oportunidade para falar sobre sexualidade e sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Isso abriu espaço para que as alunas e os alunos elaborassem uma reflexão sobre os próprios hábitos pessoais, de modo que passaram a se questionar se as relações afetivas que estavam construindo eram saudáveis, tanto no âmbito físico, quanto no psicológico e no social. Naquela aula, a saúde foi promovida não apenas porque o professor informou sobre certa doença ou sua forma de contágio, mas porque as/os alunas/os puderam, a partir daquela experiência, se questionar sobre o modo como vivem e sobre como se relacionavam com as pessoas. Em suma, as/os alunas/os perceberam que a saúde é promovida por diversos aspectos da vida.

Para enfatizar que a promoção da saúde é algo que vai muito além do setor médico da saúde, leia o relato de experiência apresentado no capítulo 2 desse Caderno, intitulado “Educação Popular”. Este relato conta a história do coletivo “Meninas de Sinhá”. Tudo começou com a D. Valdete, que trabalhava em um posto de saúde. Lá, ela observava o número grande de mulheres que procuravam ajuda médica para lidar com as diferentes enfermidades, tais como dor de cabeça, dores no corpo, hipertensão, entre outras. Considerando que a história se passa em uma região periférica de Belo Horizonte, a D. Valdete começou a notar que tais mulheres estavam subjugadas a condições de classe, gênero e raça que a cultura local impunha. Como mulheres, elas se responsabilizavam por diferentes jornadas de trabalho dentro e fora de casa, sofriam com os julgamentos sociais direcionados à sua condição de gênero, lidavam diariamente com a privação de direitos básicos relacionados a alimentação, transporte e segurança pública, além de, muitas vezes, se depararem com a violência doméstica praticada pelos maridos.

A D. Valdete iniciou o projeto “Meninas de Sinhá” e essas mulheres formaram um grupo musical em que elas compõem e realizam apresentações. Os temas abordados pelo grupo abarcam as questões sociopolíticas que atravessam e limitam a qualidade de vida dos sujeitos periféricos. O resultado dessa experiência foi a diminuição da presença dessas mulheres no posto de saúde em busca de remédios, uma vez que as integrantes do grupo tiveram a melhoria de sua qualidade de vida. Ao se depararem com um espaço que contribuiu para a promoção de bem-estar físico, psicológico e intelectual, seus corpos também passaram a ser mais saudáveis.

Feita a leitura e a discussão a partir do caso, conduza as/os estudantes na reflexão sobre as ideias apresentadas, em especial a noção de que saúde se refere não apenas ao bem-estar físico, mas também se estende para o campo mental e psicológico. Em seguida, escreva no quadro os seguintes itens: alimentação diversificada, direitos trabalhistas, transporte público, saneamento básico, escola, cultura, segurança dentro e fora de casa, atendimento médico, conhecimento sobre higiene pessoal, consumo de mercadorias, atividades físicas ou esporte etc. A partir de então, as/os alunas/os podem elaborar duas listas em seus cadernos, uma de privação e outra de acesso, posicionando os itens apresentados no quadro, de acordo com sua realidade pessoal.

Por fim, as/os alunas/os devem comparar as suas listas, a fim de identificar quais direitos, de fato, acessam e de quais são privadas/os. É muito importante que a reflexão seja conduzida de modo que as/os estudantes observem que o *status* de saudável não é adquirido apenas pela ingestão

de medicamentos, mas pela prática de esportes, pelo acesso a educação, cultura e lazer, pelo direito à qualidade de vida individual e comunitária.

Além disso, é fundamental reconhecer que o direito à saúde depende tanto do poder público, na garantia de acesso a direitos e na disponibilização de informação, quanto da autonomia do sujeito e da família. Neste ponto, as/os alunas/os podem ser convidadas/os a escrever uma redação com o tema “O que eu posso fazer para promover a saúde e melhorar a minha vida e da minha comunidade?”. As argumentações podem percorrer ideias como: a luta por direitos mediante reivindicações junto ao poder público; a construção de coletivos comunitários; a participação em atividades gratuitas, a mudança de hábitos alimentares, de acordo com a renda do sujeito; a tomada de cuidados com a higiene pessoal; o acesso a cursos profissionalizantes e espaços de conhecimento; a construção de creches comunitárias; a disseminação responsável de informação; entre outros.

## **AULA 2 - Prevenção de doenças**

*Materiais necessários:* cartão de vacina, calendário de vacinação atual (QRCode 4.6), lápis, borracha, caderno, dicionário impresso ou online.

*Organização da turma:* livre.

*Objetivos da aula:*

- compreender o conceito de prevenção de doenças;
- identificar ações de prevenção de doenças;
- compreender que a prevenção de doenças é um aspecto da promoção da saúde;
- conscientizar sobre a importância de ações individuais, coletivas e governamentais para a prevenção da saúde.

*Contextualização:* A aula anterior trabalhou o conceito de promoção de saúde, de modo que as/os alunas/os puderam compreender que saúde não se limita à noção de doença física e que o medicamento não é o único recurso para alcançar uma vida saudável. Isso porque, a promoção da saúde ocorre nos diversos campos de interação de vida do sujeito, em outras palavras, a saúde é promovida com a disseminação de informação, a acessibilidade a direitos básicos, como cultura, educação, saneamento básico, recursos de transporte, segurança, lazer, entre outros elementos

QR Code 4.6



que participam das experiências de vida dos sujeitos. Por isso é importante ter em mente que a prevenção de doenças também é uma forma de promover a saúde individual e populacional. Nessa aula, o tema principal deve ser a prevenção de doenças. Ou seja, é importante provocar uma reflexão sobre os recursos para impedir ou reduzir os elementos que atentam contra a saúde física e psicológica do indivíduo e da comunidade.

*Desenvolvimento:* Inicie a aula relembrando a noção de promoção de saúde, tal como foi apresentado na contextualização. Em seguida, oriente a utilização de um dicionário para pesquisar o significado da palavra prevenir ou prevenção. Para tal, você, professora, professor, deve oferecer um dicionário para consulta. Se a escola tiver sala de informática, as/os alunas/os podem ser convidadas/os a consultar um dicionário online, contribuindo, assim, para as aprendizagens sobre tecnologia. Oriente as/os alunas/os a consultar o significado da palavra prevenção e, ao analisar seu significado, elabore exemplos comuns ao cotidiano, a fim de ampliar a compreensão sobre o conceito de prevenção, de modo que a palavra seja utilizada como geradora, tal como no projeto de Paulo Freire para a Educação de Jovens e Adultos.

Em seguida, sugerimos algumas situações a serem trabalhadas nessa aula, contudo, nada impede que você inclua outros temas, de acordo com o contexto territorial da escola. Os temas propostos aqui objetivam atingir as esferas comunitária, individual e psicológica dos sujeitos. O primeiro tema é o saneamento básico, que atua em nível comunitário, na medida em que depende da participação coletiva das pessoas e do poder público, além de atingir aspectos da qualidade de vida física e psíquica de todas e de todos. Neste tópico, você pode falar sobre o mosquito *Aedes Aegypti*, que é transmissor de três doenças diferentes e que tem altos níveis de incidência em áreas periféricas, uma vez que essas contam com esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo em áreas públicas e privadas, coleta seletiva e disseminação da informação, muitas vezes, insatisfatória, entre outros.

Também é possível construir com a turma uma lista sobre ações a serem feitas pela comunidade local e que ajudam a prevenir a incidência do mosquito. Algumas dessas ações são: mutirão de limpeza para as áreas que acumulam lixo ou água parada; oficina de separação do lixo e conhecimento sobre reciclagem; grupos de estudo e de debate sobre direitos e deveres da população, com o foco em saúde e bem-estar. É importante relembrar que o processo de prevenção de doenças também atua como um recurso de promoção da saúde.

Elegemos a vacina e a higiene pessoal para abordar a esfera física, individual e psicológica do sujeito. Pois, se por um lado afirmamos que a saúde não se limita a tomar remédios, por outro, salientamos a importância do tratamento fundamentado na medicina como um dos pilares para a

produção de uma existência saudável. Nesse sentido, é importante construir com os sujeitos a valorização de ações governamentais em prol da prevenção de doenças. Relembre, com as/os alunas/os, como funciona o princípio da vacina, seja em gota ou em injeção. Utilize o box sobre vacina que está contido na sequência didática do capítulo 1, “Covid-19”. Nessa atividade, sugerimos que as alunas e os alunos tragam de casa um cartão de vacina, que pode ser seu ou de algum membro da família. A turma deve ser orientada sobre como ler e interpretar o cartão de vacina. Também podem ser listadas as medicações comuns a todos os cartões presentes e, em conjunto com a turma, é possível realizar uma pesquisa para saber quais doenças são prevenidas com aquelas vacinas. Além disso, o calendário anual de vacinação pode ser lido e interpretado, com orientações sobre como encontrar as vacinas que são comuns entre os cartões no calendário anual.

Sobre higiene pessoal, é importante falar acerca do cuidado bucal, como a prevenção de cáries. Ou ainda, sobre o uso de preservativos para prevenir as ISTs, entre outros tópicos presentes na realidade local e que atuam sobre a noção de cuidado pessoal. Além disso, sublinhamos a importância de apresentar atividades que abordem o tema lazer e cultura. Para ampliar as possibilidades de atuação, consulte as aulas da sequência didática do capítulo 5 do Caderno “EJA e Mundo do Trabalho”. Na sequência em questão, abordamos o tema lazer e bem-estar, tendo em vista sua relação com o mundo do trabalho. A sequência apresenta diversas atividades, que podem ser utilizadas para ampliar a compreensão sobre os processos de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

### **AULA 3 - Promoção da saúde a partir da prevenção de ISTs**

*Materiais necessários:* texto 1 e texto 2, lápis, borracha, caderno.

*Organização da turma:* em fileiras ou círculo.

*Objetivos da aula:*

- conscientizar sobre a prevenção de ISTs;
- compreender as modificações que ocorrem no corpo após a contaminação por uma IST;
- identificar recursos ou coletivos de acolhimento para pessoas com ISTs;
- identificar tratamentos ou medidas a serem tomadas para combater ou controlar uma IST.



*Contextualização:* O Causo Pedagógico apresentado nesse capítulo contou como a saúde foi promovida a partir de uma aula sobre sexualidade realizada em uma turma de EJA. Agora, disponibilizaremos a sequência didática utilizada na aula que nos foi relatada através do Causo Pedagógico.

*Desenvolvimento:* Na primeira parte da aula, focalizaremos o tema sexualidade. Para tanto, leia com os alunos o Texto 1, intitulado “Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Em seguida, você pode promover um debate em círculo sobre as principais formas de contaminação e a profilaxia. É importante conscientizar sobre os riscos que a/o parceira/o poderá sofrer quando tenho ciência “da minha contaminação” e me relaciono com a outra pessoa normalmente. Debater sobre **gestação não planejada, aborto e as políticas públicas sobre esses temas.**

Na segunda parte da aula, propomos que seja dada ênfase ao tema saúde da mulher. Para tanto, é preciso ler com a turma o Texto 2, intitulado “Saúde da Mulher”. Aproveite para elencar os serviços que o SUS oferece e saber de quais, realmente, já se beneficiaram na unidade de saúde próxima de suas casas. Convide as/os alunas/os a debater sobre a existência das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e a acessibilidade. Elabore, junto com as mulheres da turma (os homens elaboram pensando em mulheres com as quais têm um grau de intimidade), um planejamento de prevenção com datas e ações (agendamento de consultas, solicitações de exames, vacinas etc.) em assistência à saúde pública (para as que possuem planos privados também).

### Texto 1 - Infecções Sexualmente Transmissíveis

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são principalmente transmitidas por contato sexual, seja ele oral, vaginal ou anal, sem uso de preservativo. Algumas ISTs, no entanto, podem ser transmitidas ainda de outras formas, como durante a gestação, parto ou no momento da amamentação, compartilhamento de agulhas e outros objetos cortantes contaminados, além de transfusão de sangue contaminado.

Como sabemos, nem todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis apresentam sintomas, sendo algumas delas completamente assintomáticas. Os sintomas são variados, a depender da infecção que foi contraída, porém algumas manifestações clínicas podem nos acender o alerta de que estamos com alguma Infecção Sexualmente Transmissível.

Os principais sintomas das ISTs, de acordo com o Ministério da Saúde, são:

- **Corrimento:** o corrimento pode aparecer na região do pênis, vagina ou ânus e pode ter coloração variada, como amarelado ou esverdeado. Além de diferente cor, pode ter cheiro forte e provocar coceira.
- **Feridas:** as feridas decorrentes das ISTs podem aparecer na região genital ou ainda em outras partes do corpo. As feridas podem causar dor ou não.
- **Verrugas:** as verrugas geralmente indicam infecção pelo HPV. Essas verrugas, de uma maneira geral, não causam dor e possuem uma aparência que lembra uma couve-flor.

O tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis varia, uma vez que estamos falando de diferentes infecções, sendo algumas causadas por vírus, bactérias ou fungos. Naquelas doenças causadas por bactérias, como é o caso da sífilis, por exemplo, o tratamento é baseado no uso de antibióticos.

Vale salientar que algumas ISTs possuem tratamentos que levam à completa cura e outras que não possuem cura, como é o caso da infecção por HIV. Nas ISTs que não possuem cura, o tratamento visa ao controle da infecção.

A prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis é feita principalmente com o uso da camisinha, seja ela feminina, seja masculina, em qualquer tipo de relação sexual. Isso significa que a prevenção deve ser feita quando houver contato vaginal, anal ou oral. Outra forma de prevenção contra ISTs envolve vacinar-se contra as doenças que oferecem essa opção. Entre as vacinas disponíveis, podemos destacar a vacina contra hepatite B e contra HPV.

Fonte: <http://www.brasilecola.uol.com.br/doencas/doenca-sexualmente-transmissivel.htm>

### Texto 2 - Saúde da Mulher

*A Coordenação Geral da Saúde das Mulheres, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), atua para a promoção da melhoria das condições de vida e da saúde das brasileiras por meio de ações que ampliam o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde.*

*A Coordenação desenvolve ações em temas estratégicos, como: planejamento reprodutivo (métodos contraceptivos); atenção obstétrica (pré-natal, parto puerpério, urgências e emergências obstétricas e aborto), vigilância epidemiológica do óbito materno, violência sexual e doméstica, climatério; gênero e saúde mental; feminilização da aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis; câncer de colo de útero e mama.*

*As ações da área também têm como foco as mulheres negras, quilombolas, em situação de prisão; indígenas, do campo e da floresta, com deficiência, transexuais, lésbicas, bissexuais, idosas, em situação de rua e ciganas, entre outras.*

*Fonte: <http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>*

### **AULA 4 - Proteção e direito à saúde**

*Organização da turma:* divisão em três grupos diferentes.

*Objetivos da aula:*

- compreender o conceito de proteção/direito à saúde;
- identificar os órgãos ou políticas públicas que protegem a saúde;
- identificar as ações individuais e coletivas que protegem a saúde;
- aprender a coletar dados e realizar entrevistas;
- observar e avaliar as condições e recursos de proteção à saúde existentes na comunidade;
- aprender a elaborar gráficos e tabelas;
- aprender a ler e interpretar gráficos e tabelas.

*Contextualização:* Após a compreensão sobre os conceitos de promoção e de prevenção da saúde é importante que as/os alunas/os reflitam sobre

o conceito de proteção ou de direito à saúde. O artigo 196, da Constituição Brasileira de 1988, afirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a *ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.<sup>1</sup>

Em outras palavras, cabe ao Estado proteger a saúde da população, independentemente de sua condição de classe, de raça ou de gênero. E essa proteção deve ocorrer por meio de políticas públicas de acessibilidade a tratamentos médicos por meio das UPAS e prontos-socorros; por disponibilização de pontos de coleta seletiva, além, é claro, da coleta regular de lixo nas diferentes ruas de um bairro; pela disseminação responsável da informação útil para proteção, promoção e prevenção da saúde; pela visita residencial realizada pelo agente de saúde, com vistorias e disponibilização de informação sobre o combate ao *Aedes Aegypti*; com a distribuição de preservativos em postos de saúde, entre outros.

Em suma, a proteção à saúde deve ser realizada pelo poder público, ao garantir as condições e recursos necessários para a promoção e prevenção da saúde. Por outro lado, é fundamental a participação popular, ao buscar informações, lutar pela efetivação de direitos junto ao poder público e atuar na manutenção de um ambiente limpo e sustentável. Por fim, cabe salientar que a proteção à saúde vai ao encontro da noção de direito à saúde, na medida em que o processo de proteção das condições que garantem que o espaço social seja saudável é o mesmo que garante que a população acesse seus direitos básicos.

*Desenvolvimento:* Separe a sala em 3 grupos diferentes e dê uma lista de pesquisa para cada um deles. As/os alunas/os devem investigar, no seu grupo territorial, a quantidade ou as condições de realização das perguntas propostas. A divisão pode ser feita da seguinte maneira:

---

<sup>1</sup> Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf) Acesso em: 13 jul. 2020.

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Investigando o bairro.	Investigando os órgãos de saúde.	Entrevista com a população.
Quantas ruas tem no seu bairro?	Existe UPA no seu bairro?	Quantas pessoas o grupo entrevistou?
Quantas ruas do seu bairro são asfaltadas.	O agente de saúde costuma visitar a sua casa para vistoriar e informar sobre o combate ao <i>Aedes Aegypti</i> ?	Você separa o lixo entre recicláveis e orgânicos, antes de enviá-lo para a coleta pública?
Existe esgoto a céu aberto na sua região?	No seu bairro existem festas típicas?	O caminhão de lixo passa na rua da sua casa?
Quantas ruas contam com esgoto a céu aberto?	No seu bairro existem campanhas sobre promoção e proteção da saúde? Se sim, quais são?	Na sua casa, alguém já foi contaminado pelo mosquito <i>Aedes Aegypti</i> ?
Existe lixeira nas ruas do seu bairro?		Você tem o hábito de lavar as mãos?
Existe amontoado de lixos no seu bairro? Em quantas ruas você identificou encostos de lixo?		Você usa máscara ou higieniza as mãos com álcool em gel, quando está em convívio social?
Existem animais abandonados nas ruas do seu bairro?		

Tabela 4.1 – Modelo de registro

Oriente cada grupo sobre como realizar a pesquisa. O grupo 1 ficará responsável pela pesquisa de campo no bairro; já o grupo 2 deve buscar informações sobre os órgãos de saúde de sua região. Por fim, o grupo 3 deve entrevistar as diferentes pessoas que moram no bairro. Recomenda-se que pelo menos 100 pessoas sejam entrevistadas. Então, recolha todos os dados coletados pelos três grupos e, munida/o de tais informações, construa, com a turma, gráficos e tabelas que expressem as relações entre os dados coletados. Oriente a reflexão e a análise dos dados coletados com as/os alunas/os. Devem ser anotadas as principais conclusões adquiridas a partir da pesquisa de campo. Por fim, os gráficos e tabelas devem ser impressos na forma de um banner e afixado na sala de aula. Essa atividade também pode ser apresentada em alguma mostra de conhecimentos realizada pela escola.

## Referências

- ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza *et al.* Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, jul., 2018.
- BARROS, José Augusto C. Pensando o Processo Saúde Doença: A que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 11, ed. 1, p. 67-84, 2002.
- BASTOS, Wanja *et al.* Epidemia de fitness. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, June, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200018>. Acesso em: 29 jun. de 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990.
- COMITÊ POP-RUA-MG. **Recomendações para políticas públicas para pessoas em situação de rua**. Comitê PopRua. Belo Horizonte, 2018.
- FEIO, Ana; OLIVEIRA, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Social**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- OMS. Carta de Ottawa. *In*: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde/IEC; 1986. p. 11-18.
- SABA, Fabio. **Liderança e gestão**: para academia e clubes esportivos. São Paulo: Phorte, 2006.
- SANTOS, Siegrid Kurzawa Zwiener dos; ROS, Marco Aurélio Da. Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Itajaí, SC, p. 189-196, 16 fev., 2016.
- SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, outubro, 1997.
- WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-668.





# Nossos corpos aprendentes

Jalmiris Regina Oliveira Reis Simão  
João Manoel Ferreira Gomes

# 5

Capítulo

*Saudações, professora e professor!*

Neste capítulo, desejamos refletir sobre o cotidiano da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Serão temas de debate o currículo elaborado em cada cotidiano; as expressões corporais e a inserção da dança e da música, de forma sistematizada, nas atividades pedagógicas; bem como a apropriação dos diversos espaços físicos da escola pelos sujeitos da modalidade, como locais de aprendizagem, de bem-estar e, consequentemente, de promoção da saúde.

Vamos iniciar nossa conversa com um caso acontecido na Escola Municipal Minervina Augusta, da Regional Norte de Belo Horizonte.



Figura 5.1 - Culminância do subprojeto “Quilombos”, do Projeto “Tecendo a Nossa História” e do Subprojeto “Kizomba”, do Projeto “Let’s Dance” - E.M. José Maria dos Mares Guia. Fonte: JRORS, 2009.

## 5.1 Caso Pedagógico - Quando o corpo entra na dança: o caso da zumba

Certa feita, uma ex-aluna da EJA da Escola Municipal Minervina Augusta, adolescente de nome Priscila, procurou a diretora, professora Andreia e propôs: “Olha, eu estou fazendo aulas de dança e gostaria de partilhar o que estou aprendendo”. A diretora quis saber mais detalhes. Priscila, então, explicou que era uma dança chamada zumba e que ela podia dar aulas a partir das seis da tarde, para quem se interessasse. Para isso, precisava do apoio da escola. Queria um bom espaço, de preferência um espaço aberto e um equipamento de som. Andreia logo se interessou, pois era uma dessas pessoas que são animadas e querem acolher na escola todas as iniciativas surgidas na comunidade. De pronto, concordou e, ali mesmo, já combinaram de fazer a divulgação e marcar a data para começar.

E a coisa deu mesmo certo. Moradoras da comunidade, jovens, adultas e idosas, alunas e ex-alunas e algumas professoras fizeram sua matrícula e começaram a zumbar. Havia participação de adolescentes, alunas da esco-

la no período do dia e até de crianças levadas pelas mães que não tinham com quem as deixar. Eram duas sessões: uma das seis às sete e outra das sete às oito, sempre às terças e quintas-feiras. As aulas aconteciam no pátio da escola, andar térreo. No andar de cima, ficavam as salas de aula.

Durante as duas primeiras semanas, tudo correu às mil maravilhas. Todo mundo gostando, elogiando. As pessoas diziam: “Tá bombando”.

Num belo dia, Abelardo, o porteiro disse: “Ué, que coisa curiosa sô, só tem mulher dançando”. Notava-se em sua expressão uma certa vontade acanhada de também participar. Ensaíava uns passinhos no corredor, erguia os braços e os agitava no ar, dava uns requebros envergonhados. Provocava os outros homens: “Oi, Messias (auxiliar de biblioteca), ocê num vai não?” Messias se esquivava. Perguntava ao professor José, coordenador: “E ocê, vai lá sô”. José respondia: “Ah, eu não tenho jeito pra isso, já passei do tempo”.

E “tava” uma farra, diretora, vice-diretora, professora, mães etc, todas em trajes esportivos e participando daquela dança que mais parecia exercícios de Educação Física, ginástica e que proporcionava momentos de lazer.

A diversidade se fazia presente. E esse fato não tardou a se manifestar como incômodo para alguns estudantes que frequentavam a turma de alfabetização. Inicialmente, era um pequeno grupo formado, sobretudo, por mulheres.

Começaram a pipocar aqui e ali alguns comentários: “Nossa, essa música tá muito alta, e no horário da aula atrapalha a gente de prestar atenção!”; “Eu acho que isso não é dança, é muito indecente pra acontecer na escola.”; “Nunca vi diretora e professora dançando com essas roupas coladinhas esse tipo de música.”; “Isso não é música para tocar em escola, esses axé, isso é música de carnaval.”; e os comentários foram se avolumando. Até algumas professoras que, inicialmente, foram entusiastas da ideia, chegando a participar das aulas, começaram a manifestar insatisfação, principalmente com relação às letras das canções e ao barulho que faziam. As queixas cresceram tanto que ganharam certa forma e organização, transformando-se numa reivindicação. Um grupo de alunas adultas e algumas idosas organizou-se e foi até a direção da escola fazer suas reclamações. Elas diziam: “Nós até entendemos, achamos que é bom para as pessoas e tudo o mais. Mas nós não gostamos. Além disso, o barulho atrapalha a gente. A gente não consegue prestar atenção na aula!”. A diretora explicou: “Olha, eu entendo vocês. Já conversaram com a professora? Porque o que está acontecendo é que a nossa quadra (que fica no fundo

da escola, afastada das salas de aula) está sendo reformada. Assim que terminar a reforma, as aulas de zumba vão acontecer lá, e aí acabam os problemas com o barulho. Por enquanto, o que eu vou fazer é pedir para a Priscila abaixar o volume do som no horário da aula”. As alunas pareceram concordar, agradeceram e se retiraram.

Dia vai, dia vem e a situação persistia. Um grupo de participantes entusiasmadas. Outro, de pessoas insatisfeitas – alunas e professoras. Havia também o grupo daqueles que não se manifestavam, apenas se acomodavam à situação conflituosa.

Alguém, acho que Renato, o jovem monitor de informática, tentou propor uma mediação, uma conversa em que as pessoas pudessem expor seus pontos de vista e tentar estabelecer um acordo. Mas foi em vão. A situação conflituosa foi deixada ao sabor do tempo, sem que houvesse uma iniciativa mais organizada de buscar o diálogo.

Um belo dia, melhor dizendo uma bela noite, a professora Rosângela – que no início havia participado de algumas aulas de zumba – entrou na sala da direção e manifestou, de forma bastante emocionada, toda a sua insatisfação. Disse que já não aguentava mais a reclamação das suas alunas quanto ao barulho; reclamou que não era respeitada pelos alunos mais jovens e que, de repente, descobriu, depois de tantos anos, que a escola não dava a mínima para suas reivindicações; que ela achava que aquele tipo de música, pelo seu apelo sensual, depunha contra a seriedade da instituição escolar; enfim, que achava aquela atividade um desperdício de tempo e que as alunas deviam ficar na sala de aula, para estudar. Andreia lembrou que sugeriu a ela que utilizasse outra sala, mais afastada do local onde aconteciam as aulas. Ela respondeu que não adiantava. A situação chegou a tal ponto de tensão que inviabilizou qualquer forma de diálogo que apontasse para possíveis acordos.

As aulas de zumba continuaram acontecendo, agora na quadra poliesportiva.

## 5.2 Teorização - Um convite

Nossos corpos manifestam sentidos, sentimentos e formas de pensamento. Quando a zumba e outras atividades que remetem a ações corporais acontecem na escola, há mobilização também de interesses e desejos e, assim, os conflitos são inevitáveis. No entanto, há aprendizado e socialização.

As atividades de dança e demais experiências corporais, como a citada acima, são comuns nos cotidianos da EJA? Já respondemos: nem sempre! Mas entendemos que são possibilidades de tirar professoras(es) e estudantes das salas de aula, tendo em vista que são os espaços escolares onde estudantes permanecem a maior parte do tempo. O professor Miguel Arroyo (2004) chama de “silenciamento dos corpos”, o fato de apenas as mentes serem requeridas no aprendizado.

É importante pensar a EJA como cumprimento do direito de educação ao longo da vida, tendo em vista que os jovens, adultos e idosos retornam à escola da qual foram excluídos na infância ou adolescência. Devemos nos contrapor à ideia de que esses sujeitos, ao retornarem à escola, estão “recuperando o tempo perdido”. É preciso que nos oponhamos a essa ideia e ampliemos nossa concepção dos processos de ensino e aprendizagem, reconhecendo não apenas as salas de aula como espaços legítimos de tessitura dos conhecimentos, mas também as múltiplas possibilidades de aprendizagem em outros espaços e tempos escolares e, inclusive, além deles.

Nosso convite é pensar os cotidianos e os currículos da EJA de maneira a elaborar propostas pedagógicas que incluam a corporeidade de educadoras (es) e educandas(os) e que favoreçam as expressões corporais. Pretendemos que este capítulo seja uma plataforma de lançamento para outros debates e reflexões, tanto individuais quanto coletivas.

### 5.2.1 O cotidiano e o currículo da/na EJA

Imaginemos o cenário: é o pátio de uma escola onde funcionam turmas da EJA. O horário é o de intervalo para a recreação e a merenda. Coloquemo-nos a observar a movimentação, partindo de um olhar de estranhamento, de indagação. O que vemos?

Provavelmente, jovens praticando esportes. Outros que estão assentados na escada e conversam, animados e ruidosamente. Há, ainda, outro grupo de pessoas adultas, em sua maioria mulheres, conversando entre si. Mas sobre o que conversam?

Há outras questões a serem observadas: o grupo de jovens que escuta *funk* e ensaia alguns passos nesse ritmo; há aqueles que preferem ficar sós, sem nada fazer; outros, também, solitariamente, leem a “Bíblia”; outro grupo, entre muitas risadas, “zoam” uns dos outros.

Este cenário exige um esforço de compreensão sistemática das mudanças e permanências das diversas formas como as várias gerações reconfiguram o espaço escolar na EJA, bem como dos seus modos de ação e das representações por eles elaboradas, a partir de suas vivências no território social em que habitam.

Há outras tantas observações que podemos fazer, utilizando os nossos outros sentidos. Mas concordamos que, do ângulo de cada uma/um, é possível perceber as expressões do existir por meio da variedade e, ao mesmo tempo, da singularidade dos corpos: são negros, brancos, pardos, homens, mulheres, jovens, adultos, velhos, velhas, trabalhadores, desempregados, homossexuais, bissexuais, transexuais, católicos, protestantes, kardecistas, umbandistas, pessoas com deficiência, pessoas padecendo de algum tipo de adoecimento... a lista é longa. O que nos interessa é que são pessoas que existem e atuam com seus corpos nos mais variados espaços sociais, através de suas diversidades e diferenças culturais, a partir de suas histórias de vida, que demarcam identidades. Seria essa uma das maneiras de leitura de mundo apontadas por Paulo Freire?

Escolhemos o recreio porque ele nos permite observar as ações dos sujeitos traduzidas por seus corpos e seus movimentos, que contrastam com os estereótipos consagrados do disciplinamento dos mesmos nas salas de aula. Pensar o cotidiano escolar da EJA durante o recreio nos leva a indagar: as/os estudantes e as/os profissionais da educação, estariam também entretecendo relações de saber e de poder, neste momento?

Ao se referir ao cotidiano escolar, a professora Inês Barbosa Oliveira (2012) denomina, tanto estudantes quanto educadores(as), de “praticantes do cotidiano”. Segundo ela, a partir de sua maneira de estarem nas escolas é que esses praticantes expressam suas histórias, gostos e o que desejam da escola a qual retornam. Ao considerarmos estas demandas, podemos nos perguntar: como deveriam ser os currículos na EJA? Há mudanças necessárias que favoreçam o ensino, no sentido de que os atuais “rituais pedagógicos”, que ocorrem no dia a dia, podem se tornar mais identificados, mais significativos para os “praticantes do cotidiano”?

Nossa compreensão é a de que currículo não é algo que se planeja e depois é implantado (SACRISTÁN, 1995). Currículo é o que acontece no cotidiano das escolas, uma cultura real com “espaçostempos” e pessoas diferentes. Assim, passamos a valorizar a miríade de gestos e movimentos, entendendo que o currículo produzido a partir das demandas dos “praticantes do cotidiano” pode ser sistematizado em projetos pedagógicos, atividades e ações didáticas.



## 5.2.2 A EJA como promotora de saúde

Não podemos perder de vista que educação e saúde são direitos garantidos constitucionalmente e que a EJA, com fundamentos nos preceitos da Educação Popular, pode contribuir para a efetivação de uma escola de jovens, adultos e idosos como promotora de saúde.

Como dito no capítulo 4 deste Caderno, há um novo entendimento sobre os fatores que influenciam a saúde. A promoção da saúde também está ligada a formas de utilização dos diversos “espaçotempos” escolares, como locais de ensino-aprendizagem e, assim, contribuem para um estado de bem-estar, fazendo com que a escola se torne promotora da saúde.

Observem a foto abaixo. É um registro de uma aula que utiliza a dança, uma forma de expressão corporal, como atividade didática. Além da simples repetição de movimentos, possibilita externar conhecimentos, experiências e histórias de vida a partir dos temas de projetos pedagógicos estruturados. As expressões corporais podem ressignificar os currículos, a fim de que a EJA também se reconheça como lugar de promoção da saúde. Trata-se de um trabalho que requer planejamento, com objetivos claros, mas o Brasil, como país de musicalidade diversificada, tem a dança em seu dia a dia, naturalizada e, assim, muita espontaneidade em sua população.



*Figura 5.2 - Sala de aula da EJA. Cadeiras empilhadas, possibilitado a expressão corporal. Projeto “Let’Dance”/ EMJMMG.*



Neste tópico, refletimos sobre a apropriação dos vários “espaçotempos” da escola favorecendo a aprendizagem e sobre a escola como promotora da saúde. Com a ajuda do professor Miguel Arroyo (2004), reforçamos o abandono da ideia de que a função docente é somente a de instruir as mentes e acompanhar o desenvolvimento pleno das (os) educandas(os). A partir destas afirmações, lançamos um desafio: desnaturalizar a concepção de que as/os estudantes devam estar todo o tempo nas salas de aula e acomodadas/os em suas carteiras.

É importante considerarmos que as salas nem sempre estão preparadas e ambientadas para o público da EJA. As cadeiras e carteiras nem sempre são adequadas aos corpos de adultos e idosos, pois, primordialmente, atendem as crianças e adolescentes. E quanto aos murais destinados às produções das/os estudantes? Há um mural reservado aos jovens, adultos e idosos, que é uma forma de dar importância e relevância a suas aprendizagens? Ele é utilizado, de fato? Esta é uma das formas das/os estudantes se reconhecerem, se valorizarem e de encontrarem prazer na escola que antes as/os excluiu. Desta maneira, tornamos possível que se identifiquem com ela e nela.

A sala de aula e as carteiras escolares se tornam o único lugar legítimo a ser ocupado e apenas a mente é solicitada para o aprender, sem emoção e sem diversificação de ações. Há uma rotina previsível. Durante horas, as/os estudantes e professoras/es sentem-se enclausurados, o que chamamos de “exclusão do corpo aprendente”. No entanto, entendemos o corpo como uma totalidade, pois consideramos cada ser humano uma unidade complexa e, portanto, com múltiplas maneiras de estar e interagir nos espaços escolares e na sociedade, de forma geral.

Ainda no que tange às atividades de sala de aula, muitas são trazidas do ensino diurno, dando origem a práticas pedagógicas infantilizadas. Tais práticas são formas de invisibilização de sonhos adultos, de desejos e de intenções. Contribuem para reforçar a ideia da “recuperação do tempo perdido”, que é totalmente incorreta, pois aprender ao longo da vida é um direito constitucional. Assim, cada um tem seu tempo presente estabelecido como seu tempo de aprender.

Trazemos como alternativa para efetivação de currículos condizentes com os estudantes da EJA a pedagogia de projetos, que é uma metodologia que favorece uma visão mais dialogada com os contextos da modalidade, pois parte de demandas surgidas no cotidiano. Esta *práxis*, ao considerar os sujeitos tendo em conta suas multiplicidades e singularidades, traz a possibilidade de ir além das simples repetições e de dar voz e vez aos

sujeitos, que têm sempre algo a dizer, com seus gestos, movimentos e ações, expressão de suas histórias de vida.

Muitos sujeitos da EJA, ao chegarem às escolas, necessitam, realmente, de um ambiente instigador, mobilizador. Nessa perspectiva, transformar a escola em um espaço que promova o estado de bem-estar de docentes e estudantes é transformá-la em promotora de saúde. Ao favorecer aprendizagens diversificadas, incluindo procedimentos que fujam das rotinas de tantos anos, são criadas possibilidades de externar gostos, sonhos e histórias de vida. Desta forma, as/os estudantes, de fato, passam a desfrutar da educação como direito e passam a se reconhecer e se valorizar na escola do tempo presente.

### 5.2.3 Corpo aprendente e corporeidade

O corpo humano é, ao longo da história, objeto de curiosidade e investigação de vários campos do saber e das artes. Nesse sentido, há, logicamente, inúmeras possibilidades de representá-lo, de investigá-lo, de reconhecê-lo. Assim, vamos abordar concepções que chegam a ser opostas do que seja o ser humano e o corpo. Ao longo da trajetória da humanidade, isto vem mudando, pois estas concepções são históricas, culturais e sociais. É nossa corporeidade que define nossas formas de estar no mundo e nos relacionar com ele. Mas, em que essas concepções trazem implicações para a educação, de forma geral? Tomar uma ou outra por base altera um projeto de educação? Vamos a algumas considerações.

Há uma visão que fragmenta o ser humano, dissociando as suas partes constitutivas umas das outras. Assim, delimita o aprendizado em atividades em que apenas se utiliza a mente, aquelas atividades denominadas intelectuais. Há outra visão, chamada totalizante, que explica que não é possível dividir o corpo em partes. Nesta visão, ampliamos a compreensão do que seja “corpo aprendente”, entendendo que o corpo e a mente são inseparáveis.

Para traduzir as expressões deste “corpo aprendente” ou “corpo pensante” é necessário desenvolver múltiplos olhares, saberes, sentidos e interpretações, pois nos relacionamos com o mundo através deste corpo. Assim, como educadoras/es, podemos perceber que as maneiras de ocupação do “espaçotempo” escolar, como no caso das experiências narradas sobre as aulas de zumba e sobre o momento do recreio na EJA, são realizadas

pelo movimento de “corpos pensantes”, que não deixaram suas mentes nas carteiras da sala de aula, mas as carregam para todas as atividades, com seus modos de ser, suas emoções e seu intelecto.

O “corpo pensante” tem marcas que formam um texto que é alterado ao longo da vida das pessoas. Quando mudanças sociais, individuais e grupais são vivenciadas, esse ser humano completo e complexo se expressa, interage, reage e se move. Nele, estão inscritas as memórias do passado e projetos futuros e somente podemos fazer sua leitura utilizando todos os sentidos e não só o olhar.

Nessa perspectiva, percebemos que atividades simples como andar, por exemplo, não são nunca apenas biológicas. Há sentidos e valores diversos que são produzidos e compartilhados.

Então, em resumo, o corpo é também um fenômeno sócio-histórico, ou seja, as ações das pessoas são culturalmente construídas em sociedade e durante a história. Assim, novamente pensando no recreio escolar, todas as ações físicas acontecem, pois foram aprendidas e apreendidas por um “corpo pensante” ou “corpo aprendente”, que tem emoção, sentimentos e é repleto de significados.

Passemos, agora, a abordar a noção de corporeidade. Você sabe o que é corporeidade? De maneira simples, podemos dizer que **é a maneira de estar, de interagir com o mundo e no mundo, o que** inclui pessoas, coisas, lugares etc. Entendendo corporeidade desta forma, podemos dizer que há possibilidades de desenvolvimento da corporeidade e, portanto, de alcançar um conhecimento mais amplo. Portanto, o corpo não é apenas uma espécie de invólucro, cuja função é apenas de cobrir um complexo de órgãos, vasos, ossos, músculos, vísceras. No “corpo pensante” ou “corpo aprendente” estão a emoção e a razão. As relações com o mundo e no mundo são construídas por meio dos sentimentos, gestos, vivências e reações frente a ele, reafirmando o conceito de totalidade do ser.

Paulo Freire (1994), ao afirmar que a leitura do mundo precede a leitura da palavra, traz o entendimento acerca da importância do diálogo da cultura escolar com a leitura de mundo dos alunos. A compreensão e a valorização da corporeidade, tanto de estudantes quanto de professoras(es) também pode auxiliar na compreensão deste mundo, entendendo que as formas de ver o mundo dependem sempre das experiências sociais dos sujeitos (OLIVEIRA, 2007). Tais experiências lhes marcam os corpos e compõem suas histórias, numa tessitura caprichosa de laços e nós, formando redes

de conhecimentos e redes de sujeitos, influenciando a cultura e suas formas de vida em sociedade.

Vamos pensar, agora, nos movimentos corporais, que não são casuais, pois são maneiras de estar no mundo. Os movimentos corporais são gestos que expressam significados, emoções, que transmitem ao outro nossa interioridade. Então, o movimento não é algo simples. Ao reconhecer o significado dos gestos, podemos contribuir para a inauguração de novas perspectivas de elaboração dos currículos, mas aqueles currículos que nasceram do dia a dia da EJA e que sejam, de fato, significativos para os “praticantes do cotidiano”. É pelo movimento que nos manifestamos, comunicamos e dizemos a palavra, trabalhamos, sentimos o mundo e somos sentidos por ele (STRAZZACAPPA, 2001). Os gestos são as “falas” do corpo!

Existem “marcas dos corpos dos alunos”, como diz Arroyo (2004), que quando “lidas”, podem possibilitar “uma reinvenção dos processos de ensino e aprendizagem”. Diz, ainda, o autor que “os próprios conteúdos do conhecimento também podem ser revistos”, pois muito dos saberes escolares que estão nas grades curriculares, ao serem “confrontados com as marcas trazidas pelos alunos em sua condição biológica, corpórea, material, social e cultural levam-nos a perceber quanto do conhecimento socialmente produzido” (p.134) não compõe um currículo que seja, de fato, fruto do cotidiano da EJA e que seja expressão das demandas dos sujeitos. Vamos, então, acionar todos os nossos sentidos para esta leitura? Vamos trazer um olhar que se desloque e procure enquadres variados, sob diversos ângulos, ampliando as possibilidades de compreender os “praticantes do currículo”?

No cotidiano escolar, todas as manifestações corporais têm significados aos olhos dos demais. Não há nada de natural no gesto, como dissemos. Através do movimento, há favorecimento da ampliação das redes de conhecimento e das redes de sujeitos. No entanto, atividades fora da sala de aula ainda são desconsideradas e/ou invisibilizadas pelos próprios estudantes e profissionais, a partir da concepção hegemônica que desvaloriza a corporeidade. A corporeidade possibilita ampliar a problematização da realidade. Como vimos anteriormente, esta compreensão favorece a admissão da possibilidade da educação de um “corpo pensante”. E, de novo com a ajuda de Arroyo (2004), podemos entender que o trabalho pedagógico pautado em atividades que solicitem a imobilidade é uma forma de “cognitivismo e intelectualismo abstrato”, que vêm dominando os currículos e a cultura escolar nas últimas décadas (ARROYO, 2004). Ao abandonar a ideia que reduz a função docente a somente instruir as mentes, são favorecidos processos educacionais mais amplos.

Você já pensou em quais espaços da escola as/os estudantes nomeiam como “seu”? Elas e eles dizem a “minha sala” e “a minha carteira”. Mas e a biblioteca, a cantina, a quadra, a secretaria? Não sentem como também “suas e seus”? A partir disso, podemos pensar que a apropriação dos diversos espaços escolares ainda não configura a escola como local de direito e que pode ser de bem-estar e promoção da saúde. O transitar e o apropriar-se do espaço escolar, acontecendo dentro de projetos pedagógicos construídos com os sujeitos do cotidiano, favorecem a mudança de postura diante da escola, que é um direito ao longo da vida. A percepção de que o aprendizado também se dá em outros locais e não só na tradicional sala de aula é o vislumbre de um “futuro que seja mais que uma repetição infinita do presente” (OLIVEIRA; SGARBI, 2008, p. 10), expressa a esperança freireana na possibilidade de mudança do que está posto.

Seguimos fazendo-lhe um convite e um desafio: ver os sujeitos da EJA e as práticas escolares para além de compensar ou recuperar o tempo perdido na infância ou adolescência; mas valorizar a corporeidade, as expressões corporais e o movimento dos sujeitos da EJA como uma forma de disponibilizar educação de qualidade e que, de fato, faça da escola espaço de bem-estar, de prazer e de promoção da saúde. Será que assim contribuiremos para a redução da evasão escolar?

### 5.2.4 Disciplinamento dos corpos

Atuando na EJA, é possível perceber que muitos estudantes se opõem à saída das salas de aula para participar de atividades em outros espaços da escola. Eles identificam como seu legítimo lugar “suas” carteiras escolares e “suas” salas de aula, como dissemos anteriormente, e nem é necessário trazer este conceito a eles. Essa postura aparece como algo quase cultural: “ lugar de aprender é na sala de aula”.

Vejamos mais um relato de situações que, possivelmente, docentes da EJA já tenham vivenciado:

Em certo dia, D. Francisca e o Seu Juventino, esposa e marido matriculados na classe de alfabetização, reclamaram quando a coordenadora se dirigiu à turma para comunicar a realização da Assembleia Escolar, no dia seguinte, prevista no calendário pedagógico. As assembleias são realizadas no pátio, com cadeiras, telão para projeção da pauta e informações gerais. Para melhor entendimento da pauta a ser discutida e votada, são utilizados vídeos, imagens e todos os recursos possíveis. Mesmo diante de um ambiente altamente formador, democrático e confortável, D. Fran-

cisca afirmou que o casal não viria à escola no dia seguinte, já que “não teria aula”. Mesmo com todos os esclarecimentos da coordenadora, a afirmação, em tom de reclamação, recebeu o apoio de outros colegas que seguiram dizendo que não tinham mais “tempo a perder”, pois voltaram à escola “para estudar”. Diziam de sua condição de trabalhadores durante o dia e que, na escola, queriam “aula”.

Como você entende tais declarações? Realmente, com este relato, fica clara a concepção de que o único local de aprendizagem para estes sujeitos é a sala de aula e suas carteiras. Mesmo diante de todo esclarecimento, sentem-se inadequados ou desconhecem os demais espaços coletivos da escola. Não conseguem desfrutar das experiências educacionais nestes locais. Aqui, podemos perceber a “cultura da imobilização”, que anula o “corpo aprendente” ou nega o “corpo pensante”. Mesmo palestras, nos espaços coletivos, filmes e auditórios em que há apresentações de colegas são, muitas vezes, definidos como “não-aula” e um tempo que “não temos a perder”. Assim, a questão de “recuperar o tempo perdido” associa-se à ideia de que o “bom aluno” é aquele que fica mais “quieto”. Este é outro conceito que faz parte da rotina escolar e assegura a imobilização, pois leva a uma vigilância interna que chamamos de “disciplinamento dos corpos”.

Vale dizer que as/os adolescentes que são matriculadas/os na EJA, após insucessos nos turnos diurnos, são excluídas/os na própria escola. Estão nela, mas não se enquadram no ensino regular diurno e estão fora do perfil de sujeitos da modalidade. Essas e esses estudantes apresentam posturas diferentes da maioria das/os estudantes adultas/os e idosas/os. Sua corporeidade e suas formas de estar no mundo fazem com que criem maneiras próprias de movimentação e de se relacionar com as/os colegas e com a escola.

Tendo em vista a ideia de que o “bom aluno” é aquele que não se movimenta, há maneiras de disciplinar os corpos por meio da utilização do movimento como moeda de troca. Vejam que existem punições para aquele estudante que não é “bem-comportado”, ou seja, sua participação no recreio ou nas aulas de Educação Física é vedada, por exemplo. Consegue identificar que essa é uma forma de emudecer mais os gestos, os movimentos e as expressões corporais?

Mesmo na EJA, essas “punições”, muitas vezes, são efetivadas com pequenas variações. E, algumas vezes, os próprios sujeitos não se permitem sair da sala ou deixar as carteiras escolares. Uma autodisciplina está aí estabelecida, uma “punição”, tendo em vista a concepção de estarem na escola compensando um tempo de ausência dela, como se fossem os únicos culpados dessa exclusão. Uma culpabilização da vítima!

A ideia do corpo disciplinado, passivo, sendo sinônimo de aluno ideal é, segundo Batista Freire (1999), uma forma de controle do corpo, para, assim, alcançar o “controle das ideias” (p. 114). Segundo Carvalho (2006), o corpo passivo e disciplinado contribui para a perpetuação de múltiplas formas de dominação, o que reforça os estereótipos.

### 5.2.5 Reflexões finais

De forma alguma, temos a intenção de esgotar o tema. Na verdade, seguimos pesquisando e buscando fundamentos que solidifiquem as práticas pedagógicas na EJA.

Sabemos que o convite que fizemos no início deste texto, bem como os desafios ao longo dele, vão trazer outras reflexões e considerações. No entanto, queremos sublinhar a importância da compreensão da não dicotomia corpo-mente na EJA e da valorização da corporeidade dos sujeitos, numa perspectiva de totalidade do ser. Também seguimos dando relevância a práticas educativas e ações didáticas que favoreçam o movimento, juntamente com a apropriação de outros “espaçostempos” da escola, pois está claro que favorecem a formação ampla dos sujeitos. Entendemos que a escola pode se tornar promotora da saúde, ao favorecer um estado de bem-estar, a partir da valorização das demandas dos “praticantes do cotidiano”.

Levando em consideração as histórias de vida das/os jovens adultas/os e idosas/os, entendemos que o movimento corporal é contributo para a libertação daquilo que esmaga a autoestima e para a aceitação de que são sujeitos de direitos na escola, pois, independentemente da idade e da condição social, a educação é um direito constitucionalmente estabelecido ao longo da vida.

Outro aspecto que apontamos são as possibilidades da dança como conteúdo, efetivado sistematicamente durante o ano letivo, dentro da proposta pedagógica. Entendemos que a dança propicia a criação de um ambiente promotor da saúde, de bem-estar.

Identificamos a necessidade de nos contrapor ao discurso e às práticas que interdita os sujeitos da participação em atividades de dança e demais formas de mobilização dos corpos. Tal postura é requerida dos profissionais da educação em prol de uma formação ampla e de qualidade. Ratificamos que o referido discurso parte da estigmatização dos corpos, ao considerá-los em conformidade com padrões estabelecidos pelos ditames sociais, que veiculam modelos de corpos idealizados como saudáveis e perfeitos.



Enfim, damos uma pausa em nossas reflexões, afirmando que a valorização da corporeidade contribui para a formação dos sujeitos da EJA, pois potencializa oportunidades para a construção de um maior conhecimento de si, dos outros e do mundo. Desta forma, é abandonada a posição de espectadores e os sujeitos são conclamados a se tornarem atores ativos da sua formação, sem serem dirigidos por mitos criados por forças sociais.

### 5.3 Relato de Experiência - Uma experiência de dançar na EJA

Existem lógicas próprias, em cada escola, em cada EJA. Os cotidianos são diferentes, concorda? Em cada espaço há criações, produções, sentimentos e sonhos que são transformados em projetos e atividades pedagógicas, vinculadas “a possibilidades, interesses, valores, fazeres e saberes dos sujeitos que delas participam” (OLIVEIRA, 2007). E assim nasceu o projeto “Let’s Dance”, na EJA da Escola Municipal José Maria dos Mares Guia -EMJMMG. (QRCode 5.1)

QRCode 5.1



Esta é uma experiência da professora Jalmiris, assim narrada por ela:

“Em dias que antecederam o oito de março de 2004 (Dia Internacional da Mulher), a equipe da EJA da EMJMMG realizava preparativos para homenagear as mulheres da comunidade escolar. Tudo preparado com muito carinho e grande ênfase, pois as nossas estudantes são jovens, mães, avós e, para chegar à escola, vinham de muitas atividades realizadas durante o dia. São donas de casa; empregadas domésticas; faxineiras que deixam seus filhos menores com os outros, um pouco mais velhos, para garantir o sustento da casa. São guerreiras que, ao retornarem à escola, colocam nos estudos sonhos de dias melhores.



Figura 5.3 - Coreografia Last Dance- Tema: Anos 70 , apresentações nos turnos diurno e noturno. Projeto “Let’Dance”/ EMJMMG.

Discussões e debates sobre a valorização da mulher ocorriam nas salas de aula, como também a preparação de músicas, poemas e textos para apresentações num formato de auditório. Porém, como professora que sempre estranhava a falta de utilização de outras formas de expressão, de atividades corporais sistemáticas na escola noturna, planejei as homenagens utilizando a linguagem corporal. Uma homenagem que enaltecesse a beleza que cada uma dessas “Marias”, como canta Milton Nascimento, carrega em si.

Reuni-me com um grupo com a proposta de uma coreografia, que foi aceita com empolgação. Os homens resistiram ao convite. Escolhemos a canção para compor a fala do corpo. Assim, além do dito pelas palavras e cantado na melodia, seria utilizada outra forma de expressão e declaração: os sons dos gestos, a fala do movimento, nem sempre permitida/autorizada para pessoas jovens, adultas e idosas num ambiente escolar. Era o corpo se declarando pela dança, uma forma de comunicação dos sentimentos e da emoção. Foram vários ensaios e conversas com o grupo e estava pronta a homenagem.

No dia do auditório, apresentamos uma coreografia que, mesmo em sua simplicidade, transmitiu, em movimentos sincronizados, a mensagem: “você é linda demais”! Os movimentos faziam parte da miríade de gestos possíveis que retratavam parte da história de vida gravada nos corpos, muitas vezes, emudecidos daquelas estudantes da EJA. Surpresa geral diante das senhoras, mães, avós e jovens dizendo, através da dança, a si mesmas e às outras, o quanto eram lindas, amadas e queridas... e todos foram tomados de emoção.

Marisa, uma das coordenadoras da EJA disse, na reunião de avaliação do evento, que foi envolvida pela emoção de tal forma que apenas disse “Acho que vou chorar... e chorei!”.

Aplausos efusivos, sorrisos...lágrimas discretas! Foi alcançado um nível de homenagem e comunicação que extrapolou a expectativa do possível para as estudantes do noturno. Foi um desafio ultrapassado no limite imposto como “adequado” aos sujeitos jovens, adultos e idosos, dentro de um currículo que, muitas vezes, nega formas de expressão que não sejam aquelas que contemplem a imobilidade, pois o movimento ainda é visto como desacato à ordem estabelecida, ou inadequado para os sujeitos da EJA e para aqueles que não têm corpos que se encaixam no padrão social.

Posteriormente, àquele grupo se juntaram outras estudantes (os homens se mostraram ainda resistentes à participação) e, desde aquela data, passei a coordenar efetivamente esta iniciativa, que se tornou um projeto, ini-

cialmente, em horário extraturno e, posteriormente, como parte da carga horária escolar.

As alunas passaram a se reconhecer, a se identificar como aquelas que utilizavam a dança para dizer sua mensagem. Assim, o nome para o projeto foi escolhido a partir da sonorização do nome da música de Donna Summer. Ao contrário de ser a última dança, tradução do título da canção “Last Dance”, optamos por “Let’s Dance” (vamos dançar). Era um convite à participação, ao movimento, à prática corporal e à arte, dificultada pela falta de tempo e espaço na escola. Um convite para dar voz aos corpos, para falar, apesar da tentativa de seu silenciamento (ARROYO, 2004), mesmo que não oficialmente, por propostas pedagógicas com concepções inadequadas de currículo, que não valorizam ou reconhecem a corporeidade dos sujeitos.

O Projeto “Let’s Dance” tornou-se um convite à compreensão das possibilidades individuais, à aceitação do aplauso, do elogio e da valorização; um convite para ir além das limitações impostas durante tantos anos aos estudantes que retornam à escola, para identificar a imposição de um poder castrador da fala, das histórias de vida registradas nos corpos dos sujeitos. Era um convite para realizar, falar e construir, através da expressão corporal, o conhecimento e a possibilidade do contato com a cultura artística. É a arte do corpo falando, se expressando, manifestando seus sentimentos e emoções, utilizando outros tempos e espaços da escola, fugindo do espaço demarcado da “sua” sala de aula e da “sua” carteira escolar.

Na intenção da valorização e do reconhecimento próprio, as estudantes passaram a antecipar seu horário de chegada à escola e a se declararem através do corpo. Mulheres mais velhas, mais jovens, adolescentes começaram a descobrir suas possibilidades e buscar aprimoramento da linguagem corporal, o que favoreceu um relacionamento intergeracional de solidariedade e colaboração.

Certo dia, Anita, uma estudante de 70 anos, que participava desde o primeiro dia do projeto, me disse que havia ido ao centro de saúde para uma consulta de rotina e o médico lhe disse que sua pressão arterial estava estabilizada e que, de forma geral, ela estava muito bem. Perguntou-lhe o que estava fazendo de diferente. Anita respondeu, de pronto: “Não estou fazendo nada demais. Apenas dançando na escola, com a professora Jalmiris”. O médico disse que não parasse de dançar e pediu para que ela verificasse se a escola poderia receber outras mulheres. Diante deste pedido, a escola decidiu abrir as portas do “Let’s Dance” para receber membros da comunidade.

Os encontros semanais tornaram-se momentos de reflexão. Autoavaliações orais eram realizadas, visando investigar o impacto da participação das estudantes do “Let’s Dance” em seu processo de tessitura do conhecimento e, assim, foram identificados indícios de como tais práticas as estavam afetando positivamente, de forma global, mudando formas de se vestirem, interagirem dentro e fora da escola, se posicionarem.

Após três anos do projeto, algumas alunas que concluíram o ensino fundamental no Mares Guia solicitaram sua permanência no projeto. Elas elegeram o que desejavam aprender da/na/com a escola, mesmo cursando o Ensino Médio em outra instituição.

O Projeto “Let’s Dance” efetivou-se por oito anos, recebeu prêmios nacionais e da Secretaria Municipal de Educação de BH (Prêmio Paulo Freire) e possibilitou que as estudantes da EJA participassem de diversos eventos na escola e fora dela. Potencializou, por fim, a apropriação de todos os “espaçostempos” da escola para estes sujeitos, como estabelecido constitucionalmente.”

#### 5.4 Sequência Didática - Corpos

Sâmella S. de Andrade  
Laiz Cristina da Silva

O mundo contemporâneo é marcado pela intensidade da comunicação, pelos grandes ideais de beleza e de poder e, principalmente, pelo desejo de consumo. Nas mídias como as redes sociais, as novelas e filmes, por exemplo, circula, com naturalidade, uma ideia específica sobre qual seria o corpo “certo”, a cor de pele “certa”, a aparência “correta”. Nesse contexto, em que a cultura define as formas físicas a serem aceitas, torna-se cada vez mais comum o desenvolvimento do desejo insano de ser alguém “melhor” ou mais “bonito”.

Quando incluímos o grupo territorial da EJA, percebemos que a maioria das pessoas teve uma vida árdua, de muito trabalho e poucos direitos. São mulheres que engravidaram ainda muito novas e que, na maioria das vezes, tiveram seu tempo de vida associado ao serviço, dentro e fora de casa e, por isso, mal tiveram tempo para cuidar de si mesmas. São trabalhadoras que sempre trabalharam de sol a sol, adquirindo manchas na pele e calos nas próprias mãos. São pessoas que, diante das diferentes desigualdades sociais, aprenderam muito pouco sobre o cuidado de si, já que passaram a maior parte de suas vidas trabalhando.

Então, é possível que o sujeito da EJA, ao participar da sociedade contemporânea, também deseje ter o tal corpo certo ou a tal aparência ideal, contudo, as carências de sua condição evidenciam o quão distante está a realização desses desejos, que são, em realidade, construtos ideológicos de uma sociedade de consumo. Por isso, as aulas desta sequência didática propõem uma reflexão crítica sobre a valorização dos corpos que temos e o questionamento acerca dos corpos que desejamos ter, diante de uma sociedade desigual e pouco inclusiva.

*Objetivos de aprendizagem:*

- compreender que o corpo carrega parte de nossas histórias;
- discutir o julgamento social feito a partir das diferenças étnicas;
- aceitar o próprio corpo.

## **AULA 1 - O corpo que tenho e o corpo que desejo**

*Materiais necessários:* Causo Pedagógico e Relato de Experiência deste capítulo.

*Organização da turma:* em círculo.

*Objetivos da aula:*

- refletir sobre a condição corporal das pessoas;
- identificar as ideias de beleza socioculturais;
- problematizar o tipo de aceitação sociocultural que é dado aos diferentes corpos;
- reconhecer a beleza presente em cada corpo, considerando a valorização da diversidade.

*Contextualização:* Conceitos como os de belo ou de estética estão presentes desde a Idade Clássica. Filósofos renomados como Platão e Aristóteles já apresentavam reflexões pertinentes sobre esse tema, que era tão caro para a Grécia Clássica. Com o passar dos anos, as noções de mulher e homem belos sofreram mudanças, de acordo com o contexto social.

Atualmente, no século XXI, vivemos na era da agilidade e, mais do que nunca, na era da exibição. As redes sociais, as câmeras de última geração

inclusas nos celulares e os demais recursos de comunicação intensificam esse desejo ideológico de ser magro, esbelto, ativo e disposto. Em outras palavras, estamos na era de ser “bonitos a qualquer preço”, ou ainda de ser *fitness*. Nesse contexto, torna-se necessário questionar o lugar da saúde e do cuidado de si, não apenas do cuidado físico, mas do cuidado psicológico e emocional. Esta aula busca questionar se a felicidade está em ser *fitness* ou nos diversos aspectos da nossa existência real, com os nossos corpos e aparências reais.

*Desenvolvimento:* Inicie a aula convidando as/os alunas/os para se organizarem em círculo, pois tal organização privilegia o contato visual entre as pessoas. Em seguida, leia o Causo Pedagógico com as/os educandas/os. Nesse texto, a dança é destacada como uma expressão artística e não apenas como o resultado de ensaios técnicos, pois a atividade de dançar, oferecida pelo projeto, mostra que a dança permite a construção de um ambiente sensível, em que os envolvidos podem se reconectar consigo mesmos, na medida em que experimentam novas sensações sobre o espaço a sua volta e sobre os próprios corpos. A dança conversa com aqueles que a realizam e com aqueles que assistem à apresentação, transmitindo gratidão pelas mulheres e valorizando a beleza de cada uma, independente de suas características.

Após a leitura do caso, convide as/os estudantes a comentarem sobre o texto, instigue as/os alunas/os a relatarem suas opiniões sobre o tema, levando em conta a própria realidade. Em seguida, faça a leitura do relato de experiência, “Agora você é *fitness*”. Convide, então, toda a turma a comentar sobre os dois textos, se há ou não a presença de cultura e qual os representa mais. Aproveite o ambiente para questionar as/aos alunas/os sobre seus hábitos, se buscam ou conseguem se alimentar bem e se o fazem por saúde ou pela beleza. Leve os sujeitos a refletirem *não apenas sobre si, mas sobre seus familiares* (cônjuges, filhos e filhas, netos e netas), se vivem ou conhecem pessoas que adotam o ser *fitness* por não aceitarem seus próprios corpos e por desejarem ter um corpo diferente do seu para, então, se sentirem pertencentes a um grupo social.

Quando esta reflexão sobre o corpo que tenho e o corpo que desejo tiver sido estruturada com a turma, você, professora, professor, pode aproveitar para refletir sobre o desejo ilusório de ter um corpo perfeito e sobre seu contraponto, a valorização e a aceitação dos corpos reais de cada um. É importante destacar com a turma que, no Causo Pedagógico, a dança fez com que as pessoas se sentissem pertencentes ao lugar que ocupavam e esse sentimento dispensava a necessidade sociocultural de modificarem os seus corpos.

## AULA 2 - Nossos corpos falam

*Organização da turma:* em círculo.

*Objetivos da aula:*

- reconhecer que os corpos contam e trazem os rastros da história do sujeito;
- compreender as desigualdades sociopolíticas mediante as características corporais;
- contrastar as noções de beleza e de qualidade de vida ou vida saudável;
- valorizar as diferenças corporais;
- conscientizar sobre a luta por reconhecimento e valorização das diferenças corpóreas.

*Contextualização:* Como visto na exposição teórica deste capítulo, os nossos corpos fazem parte de um fenômeno sócio-histórico, desta forma os traços físicos indicam de que grupo temos características mais próximas (indígena, branco, preto, amarelo, pardo etc.). Isso significa que, involuntariamente, já nascemos carregando as cicatrizes ou os privilégios da história do grupo ao qual nossos corpos mais se assemelham. Em uma sociedade marcada pelo racismo estrutural, por exemplo, é comum ver a supervalorização dos corpos brancos e magros, dos traços finos no rosto, entre outros elementos que se aproximam do grupo étnico caucasiano. O ideal de beleza apresentado pela mídia e demais espaços de interação social marca a forma como as pessoas lidam com o próprio corpo, além de interferir nas oportunidades sociopolíticas que cada um pode vir a ter. Isso fica claro quando se observa a quantidade superior de médicos brancos em relação aos negros, em contrapartida, se observarmos a quantidade de profissionais da limpeza que são negros, veremos que esse número é superior àqueles que são brancos. Para compreender mais, você pode retornar ao caderno “Mundo do Trabalho”, capítulo 4, que trata sobre o racismo e o lugar da mulher.

O mercado de trabalho, por exemplo, tem uma grande absorção de pessoas jovens, nesse sentido, quanto mais velha for a pessoa, menores são as chances de alcançar um emprego, seja ele regulamentado ou não. Outro exemplo seria sobre as pessoas gordas, que sofrem um intenso preconceito social ao serem encaradas como não saudáveis. Seus corpos



são vistos com repulsa pela grande massa cultural e isso perturba a forma como pessoas gordas se veem e como elas são vistas pela sociedade. Há, também, o caso dos deficientes físicos que, muitas vezes, são desvalorizados em diversos setores, dentre eles destaca-se a arquitetura das cidades, que ignora as condições de acessibilidade necessárias para a plena circulação desses sujeitos.

Por fim, devemos considerar o tempo de vida e as experiências que cada um realiza e que marcam, de alguma maneira, os nossos corpos, pois, com o passar do tempo, vamos ganhando novas marcas, seja por sofrer algum acidente, seja por apenas tomar sol de mais ou de menos, seja, ainda, pelo trabalho que adiciona calos nas mãos dos sujeitos. Entre as diversas situações, é importante destacar que cada uma dessas marcas conta uma história.

*Desenvolvimento:* Comece a aula conversando sobre as diversas características que as pessoas possuem (fale tanto sobre as características relacionadas à cor, quanto ao ser magro ou gordo, alto ou baixo, sobre mutilações no corpo ou a presença de alguma deficiência). Busque mostrar que essas características contam histórias, seja porque evidenciam uma demarcação geográfica (como é o caso dos asiáticos, negros, pessoas ruivas, nordestinos, dentre outros que estão espalhados pelo mundo devido às migrações voluntárias ou forçadas), seja pelas oportunidades sociopolíticas que cada um poderá acessar com as marcas que seu corpo carrega. É importante estar atenta/o a questões ligadas ao território, para trazer essa reflexão para o cotidiano prático das/os alunas/os envolvidas/os.

Volte-se, agora, para as características que podem variar por fenótipos familiares (gordo, magro, alto e baixo), converse um pouco mais sobre o tema, questione se as pessoas realmente podem escolher essas características, mostre que, em algumas pessoas, elas representam uma característica familiar ou foram adquiridas em função de alguma doença, como disfunções da tireóide, diabetes, gigantismo e/ou nanismo, entre outras. Algumas características, porém, estão relacionadas aos hábitos culturais. Um bom exemplo é observar que a maioria dos indígenas são magros e uma explicação plausível para isso está no trabalho que eles desenvolvem na vida em natureza que, por sua vez, exige vigor físico para sobreviver em condições adversas.

Inclua a reflexão sobre o processo de envelhecer, sobre como se formam as rugas, o porquê isso acontece e, mais uma vez, lembre-os de que até mesmo as rugas contam histórias, elas indicam se essa pessoa foi mais preocupada, feliz ou triste. Enfatize como é importante valorizar as pró-

prias rugas, pois elas trazem a dimensão das vivências do sujeito, ao contar como foi o seu percurso de vida.

Professora, professor, também é possível trazer para a reflexão as questões de classe. Um exemplo são as intervenções cirúrgicas que muitos fazem para alcançar o ideal de beleza midiático. Contudo, uma cirurgia estética não é algo barato e, portanto, é pouco acessível para os sujeitos periféricos. Aproveite esse momento para retornar ao trecho do relato “Agora você é *fitness*”, que define o que é ser *fitness* e ressalta as modificações que são feitas no corpo. Nesse contexto, questione se elas/eles teriam coragem ou intenção de modificar desde pequenos hábitos a fazer cirurgias em prol de uma vida saudável ou de um corpo que se aproxime do padrão de beleza. Problematize o que é ter qualidade de vida, o que é aderir a uma cultura do momento. Leve a turma a pensar um pouco mais sobre as cirurgias plásticas, isso seria apagar parte das histórias vividas ou modificar algo que não gostam em si mesmos? Outro exemplo são as maquiagens que afinam o nariz e clareiam a pele, ou ainda, as intervenções químicas realizadas nos cabelos crespos e que intencionam torná-los lisos, para que a pessoa se sinta menos negra. Nesse ponto, é importante questionar sobre o ser negro em uma sociedade estruturalmente racista. Faça, também, uma reflexão sobre a valorização do negro, de seus traços largos, da pele grossa, dos cabelos crespos, dentre outras características das etnias afrodescendentes.

### **AULA 3 - Os corpos: suas exclusões ou aceitações**

*Materiais necessários:* fotos de modelos, atores e atrizes dos anos 1950 até o momento.

*Organização da turma:* a critério do professor.

*Objetivos da aula:*

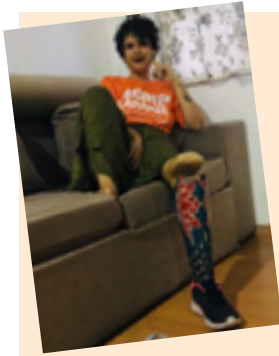
- questionar as exclusões sociopolíticas, tendo em vista as características corporais;
- reconhecer e aceitar as diferenças físicas dos sujeitos;
- valorizar a própria vida e condições físicas;
- compreender que aceitação de si não implica em acomodação;
- compreender que saúde e qualidade de vida são direitos e não deveriam ser privilégio social;

- reconhecer que o desejo de uma vida saudável não precisa ser dominado pelos padrões midiáticos;
- refletir sobre possibilidades acessíveis para a construção de hábitos saudáveis e de valorização de suas características corpóreas.

*Contextualização:* A aula 3 tem uma forte ligação com a anterior, pois naquela foi realizada uma reflexão crítica e intensa sobre as diversidades corporais, bem como sobre a maneira como tais diferenças definem a inclusão ou a exclusão na sociedade. Nesta aula, convidamos o mediador e a turma a realizar uma atividade dinâmica e lúdica sobre o tema que estamos refletindo.

*Desenvolvimento:* Inicie a aula 3 questionando se alguém ali *já* abanou a escola ou conhece outra pessoa que tenha feito isso devido a suas características físicas. Caso a resposta seja afirmativa, peça à/ao educanda/o para contar a história. Aproveite para refletir sobre o *bullying* que, muitas vezes, é realizado no ambiente escolar. Um outro aspecto que pode ser incluído é o diálogo sobre as deficiências físicas. Professora, professor, peça para que a turma observe que é comum ter crianças deficientes matriculadas no ensino fundamental regular, contudo, quando observamos as turmas do ensino médio regular, nota-se um número muito menor de alunos deficientes matriculados e, quando se trata da EJA, infelizmente, esse número se torna algo ainda menor. Aqui, pode ser questionado o porquê disso, com espaço para dialogar sobre a arquitetura escolar, a formação dos professores e, principalmente, os recursos de qualidade de vida que cada um desses alunos acessa.

Após esse momento, apresente as fotos selecionadas e faça com que essas fotos circulem pela sala, de preferência na sua ordem cronológica. Convide as/os estudantes a opinarem sobre essas fotos e sobre a cultura vivida na época representada em cada foto. Mostre as características físicas que foram entrando e saindo da moda, conduza-os ao pensar sobre o quão complexo seria para uma pessoa nascida em 1970 manter-se dentro da moda de 1990 a 2020. Ela teria que ter mexido várias vezes em seu rosto, engordado e emagrecido. Seu rosto não contaria sua história, haveria tanto *botox*, que não seria possível saber se ela foi feliz, triste, trabalhadora, se ficava ao sol, entre outros.



*“Sou Kariz Laiane, tenho 25 anos, casada. Nasci com Deformidade Congênita e meu fêmur não se desenvolveu, por isso uma perna é menor que a outra. Nunca deixei de ir a escola, formei o Ensino Médio em tempo regular e sempre estudei rede pública. Hoje, sou graduada em Serviço Social, pela PUC/Minas, onde tive bolsa e fiz pós-graduação em Liderança, pela Estácio. Sabendo de meus direitos, usufruí das vagas destinadas à Pessoa com Deficiência (PCD) e atuo como Técnica de Qualidade em Atendimento ao Cliente[...]”*



Agora, questione as/os estudantes sobre coisas que deixaram de fazer por características físicas, considerando fatos como deixar de sorrir para uma foto e/ou deixar de sair de casa, por estar acima do peso; ser super magro; ter estrabismo ou não ter dentes; dentre outros fatores. Retorne à *leitura do Caso Pedagógico* questione-as/os sobre o quanto se amam ou são capazes de se amar, assumindo a corporeidade real que elas/eles têm. É importante destacar que se aceitar não significa se acomodar, ou seja, não é porque o sujeito não tem dentes que ele deve se acomodar a essa realidade, pois o ato de se amar inclui a consciência de que é direito de todos ter acesso à saúde e à qualidade de vida. Questione as/os estudantes sobre o que pode ser feito para ter uma vida mais agradável, que inclua a aceitação de sua condição corporal e o impulso por sempre ser ainda melhor. Uma pessoa que se sente acima do peso e deseja emagrecer pode considerar mudar a alimentação, fazer caminhadas, utilizar as academias a céu aberto que estão espalhadas pelos espaços públicos, por exemplo. O importante é que, nessa aula, seja construído um ambiente descontraído, porém não menos científico, em que as/os alunas/os reconheçam que a noção de beleza não é algo estático nem delimitado. Corpos diferentes podem ser igualmente belos; a idade não é uma desvantagem, mas representa o registro de uma pessoa amadurecida; o problema da sociedade não é a existência de pessoas deficientes e sim a falta de políticas públicas de inclusão e acessibilidade. Por fim, essas reflexões devem levar à conclusão que se amar e se aceitar não significa eliminar o desejo de modificar a si mesmo, mas que esse desejo deve ser consciente, crítico e respeitar a história e a qualidade de vida dos sujeitos.

## Referências

- ARROYO, Miguel Gonzalez. **Imagens quebradas**: trajetória e tempos de alunos e mestres. Petrópolis, RJ: vozes, 2004.
- CARVALHO, Rosa Malena de Araújo. **Corporeidade e cotidianidade: interfaces na formação de professores**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
- FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Cortez, 1994.
- FREIRE, João Batista. Métodos de Confinamento e Engorda: como fazer render porcos, galinhas e crianças. *In*: MOREIRA, Wagner. **Educação física e esportes**: perspectivas para o século XXI. Campinas: Papyrus, 1999.
- OLIVEIRA, Inês Barbosa de. Reflexões acerca da organização curricular e das práticas pedagógicas na EJA. **Educar em Revista**: Dossiê: Educação de jovens e adultos: novos diálogos frente às dimensões contextuais contemporâneas, Curitiba, v. 29, p.83-100, 2007.
- OLIVEIRA, Inês Barbosa de. **Currículo como Criação Cotidiana**. Petrópolis: DP et Alii, 2012.
- OLIVEIRA, Inês Barbosa de.; SGARBI, Paulo. **Estudos do Cotidiano & Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.
- SACRISTÁN, G. Currículo e diversidade cultural. *In*: SILVA, T.T.; MOREIRA, A.F. (Org.). **Territórios contestados**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- STRAZZACAPPA, Márcia. A educação e a fábrica de corpos: a dança na escola. **Cadernos CEDES**, Campinas, n. 53, p. 69-83, 2001.

## EJA, lazer, corporeidade e saúde

Walesson Gomes da Silva  
Douglas Tomácio  
Regiane Sabino de Oliveira Lelis  
Maurício Barbosa

# 6

## Capítulo

*Cara professora, caro professor,*

No Caderno 3, “EJA e Mundo do Trabalho”, especificamente no capítulo 5, foi apresentada uma discussão sobre EJA, lazer e trabalho, não é mesmo? Neste Caderno, como você pôde ler até aqui, a temática é EJA, saúde e corporeidade. Por esse motivo, neste capítulo, apresentamos algumas questões sobre a discussão que envolve educação, saúde e lazer. Pois, como será observado, o lazer é algo fundamental para nossa saúde.

Vamos, de saída, lembrar a concepção de Gomes (2004), que define lazer como

uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espaço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações, especialmente com o trabalho produtivo (GOMES, 2004, p. 125).

Nessa perspectiva, o lazer é algo potente, capaz de oportunizar ao sujeito experiências culturais, individuais e/ou coletivas, que geram valores importantes para o dia a dia de quem vive uma vida comunitária.

Isso posto, reforçamos a importância de pensarmos sobre os subsídios trazidos pelo lazer à educação, no sentido de contribuir com uma formação sócio-histórico-cultural e política do sujeito, cooperando, ainda, com sua qualidade de vida.

Acerca dessa formação, vale destacar o que menciona Vygotsky (2000). O pesquisador soviético denominou os processos culturais mediados pela consciência, cujas funções seriam advindas de relações interpessoais de cunho histórico-social, como práticas de lazer e escolares.

Segundo ele, a formação da consciência humana se dá a partir do momento em que o sujeito se relaciona em um meio social, atravessado pela linguagem e por seus significados sociais (VYGOTSKY, 2000 *apud* SILVA, 2014), algo que as vivências de lazer e escolares, como dito, são potentes em proporcionar. É imprescindível destacar o sistema complexo de códigos desenvolvidos nos processos sócio-histórico-culturais, que são geradores de significações contextuais entre o singular e o plural, o individual e o coletivo.

Vygotsky (2000) destaca que o progresso da consciência humana não é natural, porque se constitui a partir de suas relações com o outro. Nesse sentido, a escola se mostra com uma das instituições basilares da sociedade, pois permite aos sujeitos a formação em relação. Ferreira Neto (1984, *apud* COSTA, 2008) menciona que a escola simboliza um local organizado de promoção de conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento humano.

De fato, a escola é a instituição social capaz de oportunizar consciência, conhecimento, vivências e sentido. E, esse espaço, como mostra Costa (2008), não pode “[...] alcançar tais objetivos com uma ótica voltada apenas para uma educação para o trabalho, mas sim paralelamente para uma de educação para e pelo lazer” (COSTA, 2008, p.10). Essa afirmação da autora é apoiada no que diz outro pesquisador sobre o tema:



A educação é hoje entendida como o grande veículo para o desenvolvimento, e o lazer, um excelente e suave instrumento para impulsionar o indivíduo a desenvolver-se, a aperfeiçoar-se, a ampliar os seus interesses e a sua esfera de responsabilidades (REQUIXA, 1999, p. 21).

O pesquisador brasileiro Requixa (1999) sugere que o lazer possui duplo aspecto educativo – educação pelo lazer, e o lazer como objeto de educação –, apontando a educação para o lazer. Nesse sentido, ele compreende que seria muito pertinente ponderar sobre a relevância da prestabilidade das ocupações de lazer como dispositivos cooperantes da educação.

Por sua vez, o pesquisador italiano Domenico De Masi (2000) diz que as pessoas não sabem aproveitar e organizar o tempo de lazer, por ele chamado de tempo livre. Apenas sabem organizar e usufruir do tempo de trabalho, quando o têm. Segundo o autor, “o tempo livre é difícil de ser administrado porque ainda não existe um modelo de vida e de sociedade que se baseie no tempo livre. Todos os modelos ocidentais de vida e de sociedade baseiam-se no tempo de trabalho.” (DE MASI, 2000, p. 132). Sob essa constatação, De Masi (2000) defende a necessidade de construção de uma nova maneira de viver, com base nas vivências do lazer “[...] é necessário redistribuir o trabalho, a riqueza, o poder e, sobretudo, redistribuir o saber, pois o tempo livre é feito de saber” (p.136).

Também dedicado à temática do lazer está o pesquisador brasileiro Nelson C. Marcellino (2000). Em seu livro “Lazer e educação”, o autor faz uma crítica à educação para o lazer no campo da educação formal, dizendo que:

[...] a educação formal tem sido quase sempre restrita, de um lado, ao esporte educação física, portanto, mais diretamente ligada aos interesses físicos, e de outro, à literatura, música e desenho, com preponderância deste último, portanto, mais diretamente ligada aos interesses artísticos e intelectuais. Os demais interesses no lazer não são cobertos por disciplinas específicas (MARCELLINO, 2000, p.122).

Com base nessa afirmação, a pesquisadora Chemin (2009) apresenta-nos sua interpretação sobre a fala de Marcellino (2000). Para ela,

[...] o estudioso ressalta, ainda, que a busca de caminhos alternativos concretos de atuação no campo cultural do lazer passa basicamente pela competência técnica e por opção política, o que não é tão fácil na prática. Além disso, esse autor enfatiza que, na maioria das escolas, os conhecimentos são ministrados

em disciplinas fragmentadas e separadas uma da outra e que a busca da interdisciplinaridade esbarra numa série de fatores de ordem burocrático-institucional, ideológica e de competência. Contudo, ele sugere que, para mudar tal perspectiva, seria preciso formar uma equipe multidisciplinar, “composta por profissionais das áreas abrangidas pelos diversos conteúdos culturais do lazer, o que significa a inclusão de uma lista considerável de profissionais, além da contribuição de diversas áreas de conhecimentos” (MARCELLINO, 2000, p.140), entre elas, a psicologia, a pedagogia, a filosofia, a sociologia, a educação artística, e não apenas educação física, literatura, música, desenho. (CHEMIN, 2009, p. 170).

Ante tudo o que foi tratado até o momento, fica-nos clara a necessidade de provocar profissionais, das várias áreas que se inter-relacionam com a educação, acerca da importância do lazer e, claro, da escola nesse processo educativo. Trata-se da construção de uma prática que, na relação, permite o desenvolvimento sócio-histórico-cultural a que se referiu Vygotsky (2000), ao passo que nos leva ao horizonte de fundação de uma outra realidade e a nova forma de vivê-la; distante desta, centrada no mundo do trabalho que hoje nos configura, como mostra De Masi (2000).

Cabe lembrar, conforme Marcellino (2000), que repensar a escola e sua articulação com diferentes profissionais e campos diz respeito à necessidade de compreendê-la a partir da “pedagogia da animação<sup>1</sup>”, e não da existência de uma cadeira específica para o Lazer na educação básica, como se poderia cogitar. É, pois, uma construção interdisciplinar, respeitando o que já tem a escola em termos de conteúdo e território, bem como os limites dos sujeitos, buscando, ainda, inserir a comunidade nesse espaço, de modo a desenvolver a pedagogia da animação e dar à escola um caráter para além da educação formal:

Sua tarefa educativa [da escola] seria efetuada, em termos de abrangência, ultrapassando o âmbito dos alunos ‘regularmente matriculados’, mas se estendendo a toda a comunidade local, através da participação comunitária. Vale dizer que não entendo essa ‘participação’ como vem se verificando na prática de instituições ou de governos ‘democráticos’, que no mais das vezes se resume ao aproveitamento das forças da comunidade como

---

<sup>1</sup> “Trata-se de recuperar o sentido de recreação, como ‘recreare’ – re-criação, criar de novo, dar vida nova, com novo vigor. Trata-se de recuperar o lazer, como ‘licere’ – lícito, poder ter direito. Trata-se de recuperar o sentido de escola, como ‘scholé’” (MARCELLINO, 2000, p. 142). Mais detalhes sobre a Pedagogia da Animação podem ser lidos na obra: MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Lazer e educação**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

mão de obra gratuita. Mas, como possibilidade de influenciar conteúdos, calendários, programações, uso de equipamentos; como possibilidade de instrumento de pressão para obtenção de verbas e de participar nas decisões quanto à sua destinação (MARCELLINO, 2000, p.147).

O que Marcellino propõe é uma educação que ultrapassasse os limites dos muros da escola e que dialogue com outros equipamentos em seu território.

E nós, autores deste capítulo, buscamos neste tópico apresentar discussões e reflexões com o intuito de afetar, com a temática do lazer, todas/os envolvidas/os com a educação, a fim de que, também pelo lazer, possamos valorizá-la como elemento de libertação e emancipação, inclusive dos corpos e pelos corpos.

No tópico a seguir, apresentaremos a discussão acerca do lazer e corporeidade.

## 6.1 EJA, lazer e corporeidade

Cara professora, caro professor, como você pôde perceber, a discussão acerca do lazer e de suas implicações em nossa vivência é bastante ampla e imprescindível à educação e, mais especificamente, à EJA. Portanto, algo que deve dizer de nosso fazer docente cotidiano.

Esse fazer, como sabemos, é complexo, rico e fecundo em possibilidades. E o é também quando nos dedicamos a entender a relação entre o lazer e o corpo, entre lazer e corporeidade. Você já parou para pensar nisso? Tal discussão tem sido considerada na preparação de suas aulas junto à EJA?

É tendo em vista essas imbricações que, a partir de agora, discutiremos a EJA em sua relação com o lazer e a corporeidade. Antes, entretanto, cabe uma primeira explicação acerca do que entendemos por corpo. Nesse sentido, nos voltaremos à compreensão proposta por Vago (2008):

[...] o corpo é lugar de vida, de sua expressão, de suas alegrias, também de suas dores. Lugar de liberdade. Lugar de censura. Encontro do social e do singular. Impossível ignorá-lo, fingir que não estamos, cada um de nós, habitando e praticando um corpo, no turbilhão diário da vida. Humanos têm direito aos corpos: respeito ao gênero, à etnia, à idade, às formas, aos muitos jeitos e trejeitos – cada ser tem o direito de identidade com seu corpo (VAGO, 2008, p. 3).

Como percebemos, o corpo está, o corpo é. E é de tantos e também de tantas formas. É presença nossa e presença que conosco conversa. Diz das histórias, das alegrias que pulsam, das dores superadas e das que permanecem, enfim, de um mundo de enredos e identidades que não pode ser ignorado em nosso empreendimento de educar.

O que dizem os corpos daqueles com os quais você se encontra cotidianamente ao professorar? E o que não dizem? Podemos ouvi-los? Indagá-los e compreendê-los? Que impactos teria essa atenta abordagem nos corpos que dão corpo às aulas nossas?

Entender os corpos é também entender os sujeitos e suas formas de ser e estar no e com o mundo. Assim, junto a elas, e longe da prepotência de uma racionalidade arrogante, como apontaria Gaya (2006), poderemos construir a escola e a pedagogia que acolhem o corpo e o fazem, inclusive, através do lazer.

Como aqui aventado, por meio das considerações de Gomes (2004), o lazer é uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência. Logo, os corpos também expressam suas histórias de lazer e, mais que isso, o lazer constrói esses mesmos corpos, assinalando a corporeidade que identifica, que ressoa o sujeito e, a partir da qual, podemos tecer, conjuntamente, a formação.

Mas, afinal, o que seria, então, a corporeidade? Você talvez se pergunte. Para responder a essa questão, nos pautamos em Santos, para quem a corporeidade pode ser entendida como “[...] elemento de expressão e linguagem, construída a partir de códigos e crenças que se tornaram apropriados em virtude de um determinado padrão cultural produzido e herdado pelo contexto percebido.” (SANTOS, 2014, p. 167).

Assim, por meio dessa linguagem, o sujeito expressa-se como “Corpo Próprio”; aqui percebido como “[...] uno, manifestando seus sentimentos e suas ações num todo vivido.” (SANTOS, 2014, p. 167).

Conforme mostra o autor, o ser humano é compreendido como produtor e transmissor de uma cultura, um alguém que, imerso em diferentes práticas sociais, se manifesta como dimensão temporal e histórica. E os significados de tudo isso se revelam na relação.

É no contato com o outro que nos abrimos ao mundo e o percebemos, em uma composição dialética do ato de viver. Tal composição tem na corporeidade a expressão de significados que devem ser, por nós docentes, considerados na proposição de nossos encontros educativos na EJA; fomentando, inclusive, o encontro dos discentes com seus próprios corpos.

Entendidos em sua totalidade, os corpos expressam a corporeidade que, longe de ser algo que separa, como mostram João e Brito (2004, p. 267), revela-se como o “[...] somatório de todas as dimensões do indivíduo, pertencentes ao universo físico (*physis*), ao universo da vida (*bios*) e ao universo antropossocial.”.

Como percebemos, cara/o colega, a corporeidade está na EJA, sendo ela, em alguma medida, a própria EJA. Não faz, então, sentido pensar em uma formação que não a traga à tona, que não a explore para além do aprisionamento das rígidas carteiras, que não a compreenda em suas tantas possibilidades na promoção da aprendizagem.

Se o lazer, como vimos, está para a aprendizagem e essa tem nele um importante aliado, vale lembrar que ambos só se concretizam porque há corpos a partir dos quais se materializam. Assim, uma experiência fecunda em aprendizagem não pode prescindir desse entendimento, afinal, seria como tolher o caráter emancipatório inerente ao ato de educar. Você concorda?

Em um outro capítulo, assinalando a compreensão do caráter criativo e produtivo do lazer, lançamos algumas indagações no sentido de refletir sobre as possíveis ressignificações da vida das/os discentes da EJA a partir, por exemplo, da produção de uma peça teatral, da composição de músicas, de pinturas.

Entendemos que a elaboração de atividades dessa natureza compõe, através do lazer, processos educativos capazes de gerar e/ou estimular novas zonas de sentidos.

Agora, sem desconsiderar as sugestões trazidas, pensemos nos tantos sentidos que podem surgir nos jogos de dama, na visita a um espaço próximo, ou mesmo em uma roda de partilhas, que pode ter nos causos o início de tantas histórias inesperadas. Em todo esse pensar estão os sujeitos. Os sujeitos em sua corporeidade, não é mesmo?! Ela sempre está, e só faz sentido porque é presença. É corpo, é estudante, é educação, é vida.

É por isso que o corpo na EJA deve estar à disposição de um ato educativo que tenha nele seu pressuposto transformador, inclusive pela compreensão que carrega acerca dos sentidos que podem ter o lazer. Falamos de um empreendimento em tons de conversa, de diálogos e escutas que se revelam para além da fala, ressaltam aos olhos pela maneira como a corporeidade se apresenta, pelo lazer que esta experimenta e, ao fazê-lo, pela forma como ela mesma o reinventa.

Ao serem apresentados a formas outras de aulas e propostas pedagógicas por meio do lazer (que na corporeidade se ressignifica), os estudantes da

EJA reverberarão em sua corporeidade uma nova forma de aprender e ensinar e de se relacionar com a própria escola. E, estando em si atentos, poderão compreender as aprendizagens que seus próprios corpos reinventados denotam.

É sob essa perspectiva que reiteramos o defendido por Alves (2009), quando ele assinala a importância de processos de aprendizagem que ocorram a partir do corpo e não quando o corpo é tomado como apenas um mediador.

É importante que a escola e que nós, educadoras e educadores, ao mesmo tempo, possibilitemos as/aos estudantes a ampliação dos modos de conhecer, de conceber e de lidar com o próprio corpo. É fundamental problematizar as formas como o corpo é tratado e entendido em nossa sociedade; papel a que a escola não pode se furtar.

Como percebermos, cara professora, caro professor, os corpos têm identidades e assinaturas que, sob a relação, se colocam na EJA. Nos mais variados entrecruzamentos, lá está a corporeidade a nos dizer de nosso tempo, de nossa história, de nossa etnia, crença, orientação sexual, condições socioeconômicas, dentre tantos outros aspectos.

Todos eles perpassam os diferentes campos e saberes que a escola oferta e a partir dos quais a EJA se fundamenta. São arranjos que compõem a vitalidade do educar e os entendimentos que temos sobre a educação.

Nesse sentido, desconsiderá-los não se trata apenas de não ofertar uma discussão mais pertinente e aprofundada, mas, sim, de comprometer o próprio fazer educativo e, em alguma medida, de negar o direito à aprendizagem, ao educar-se.

E educar, como sabemos, é polissemia que se dá também no e pelo lazer, a partir do entendimento da corporeidade e de sua valorização como instrumento relacional com o mundo. E nesse mundo escola, espaço sociocultural onde nossos corpos (discentes e docentes, e tantos outros) coexistem e se encontram, podemos, conjuntamente, nos atrever à emancipação, à construção da EJA, que tem na liberdade um de seus alicerces.

É fomentando a emancipação, como propõe nosso saudoso Paulo Freire, que compreendemos a relação entre lazer, corporeidade e EJA como elemento em sintonia com o ensinar e aprender; relação a partir da qual os sujeitos se expressam; trazem suas histórias e significações; apontam seus contextos; abrem-se ao diálogo e à transformação, inclusive, àquela que diz respeito à maneira como se compreendem.

Uma abordagem nesse sentido possibilita, ao mesmo tempo, uma melhor compreensão do mundo, daquilo que o compõe e, claro, dos discursos que nele precisamos combater. E a EJA, até por sua história como modalidade de ensino, acreditamos, torna-se um espaço privilegiado para essa experimentação.

Após refletirmos sobre lazer e educação e os corpos que os povoam, nos dedicaremos a pensar na saúde desses corpos, desses sujeitos que são a razão de nossas investidas e que dão seus contornos e histórias à EJA. Nos arriscaremos a pensar as relações entre EJA, lazer e saúde em tempos de pandemia.

### 6.1.1 EJA, lazer e saúde

Cara professora, caro professor, você, certamente, já pensou na importância da saúde. E, talvez, o tenha feito mais detidamente quando adoeceu – momento em que mais a valorizamos. Mas já parou para pensar na relação entre saúde e lazer? É bem provável que não, haja vista o quão pormenorizado ele é em nossa sociedade. Apesar disso, o lazer pode ser importante promotor de benefícios à saúde. E é o que pretendemos mostrar neste capítulo.

O lazer não é estanque. Ao contrário, ele é fluido e interdisciplinar. É direito conquistado e estabelecido em nossa legislação, é múltiplo e possível em diferentes esferas. É capaz de conceder aos sujeitos um melhor viver. É saudável e promotor de saúde. E é nessa relação e a ela nos detendo que, de modo mais preciso, diremos de uma análise que focaliza um dos tantos possíveis aspectos da discussão sobre o lazer. Esse é um primeiro entendimento.

Pensar saúde, como substancialmente explorado neste Caderno, é compreendê-la além da ausência de doenças e afecções. Apontamos para um estado de completo bem-estar físico, mental e social, como também o prevê a Organização Mundial de Saúde (OMS), mas o extrapolamos e o fazemos por meio das considerações de Segre e Ferraz (1997). Esses autores, embora reconheçam a importância da definição, especialmente no contexto de sua fundação (1947), apontam que saúde, a dimensão do “perfeito bem-estar” pela OMS apontado, deve ser efetivamente compreendida a partir do próprio sujeito, em sua construção subjetiva do mundo, de suas relações sociais, daquilo que o forma e que a ele importa.



É reconhecendo a importância do lazer e a partir das concepções assinaladas de modo amplificado, que aqui traçaremos a investida de entendê-lo como elemento de destaque na promoção da saúde física e emocional. Para, em seguida e finalmente, a partir dessa relação, tocar este pandêmico contexto.

### 6.1.2 Lazer e saúde física

As práticas de lazer que estimulam o movimento do corpo são essenciais para a saúde física. Aliadas a uma alimentação saudável, essas atividades, geralmente atreladas ao universo esportivo, são importantes na prevenção de doenças e também na melhora de alguns males.



Figura 6.1 Atividade física na escola Municipal Cônego Sequeira, em Belo Horizonte - MG

As práticas físico-esportivas, como caminhada, dança, jogos esportivos, lutas, entre outras, são promotoras de saúde. E o são, inclusive, em sua faceta de lazer, seja a dança do baile na esquina; o jogo na rua entre colegas (pelada/queimada); a caminhada, cheia de prosa, combinada com amigas/os. Quando nos exercitamos, produzimos endorfina (hormônio do bem-estar), queimamos gorduras ruins e fortalecemos os músculos. De acordo com a OMS, em sua Folha Informativa n. 385, de fevereiro de 2014:

Níveis regulares e moderados de atividades físicas: aumentam o condicionamento muscular e cardiorrespiratório; aumentam a saúde óssea e funcional; reduzem o risco de hipertensão, doença cardíaca coronária, AVC, diabetes, câncer de cólon e de mamas e depressão; reduzem o risco de quedas, bem como de fraturas de quadril ou vertebrais; e são fundamentais para o balanço energético e controle de peso (OMS, 2014, n.p. ).

É importante salientar, ainda, que as práticas físico-esportivas de lazer são imprescindíveis para envelhecermos com qualidade de vida e saúde. Para Matsudo (2009, p. 78),

A atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. É importante enfatizar que tão importante quanto estimular a prática regular da atividade física aeróbica, de fortalecimento muscular, do equilíbrio, as mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo são parte fundamental de um envelhecer com saúde e qualidade.

Mas, para pensarmos nessas atividades, é necessário que as pessoas tenham acesso aos espaços onde elas se materializam, além de ser imprescindível tempo livre para praticá-las. E aí, será que as/os discentes da EJA têm acesso a esses direitos? Perto de suas casas há parques, quadras ou academias públicas? E, se existem, qual a relação dos sujeitos com esses espaços? São seguros? Elas/es se apropriam desses espaços? Em que medida a escola pode promover tais práticas de lazer? E em que medida ela pode pensar sua própria espacialidade para isso?

Entender-se como corpo é também compreendê-lo e constituir-lo de modo saudável e isso também é aprendizagem. Por vezes, sob um corpo acostumado ao trabalho e às dores, as/os estudantes da EJA precisam reinventá-lo. E, como educadores, cabe utilizarmos o que estiver ao nosso alcance para fazê-lo. Que tal apostarmos no lazer?

Como vimos, o corpo é um todo. Dele falar é estar atento às esferas física, mental e emocional. As atividades aqui descritas trazem benefícios à saúde em todos os sentidos. Mas, pensando de modo mais específico, em que medida as práticas de lazer auxiliam na promoção de saúde mental?

### 6.1.3 Lazer e saúde mental

Como mostram Pondé e Caroso (2003), os sujeitos com disfunções psíquicas, em suas mais variadas ordens, tendem a perder, de alguma forma, o convívio social (seja pela característica de cada doença, seja pelo estigma que essas pessoas carregam) e, por isso, muitas vezes, tendem a não vivenciar práticas de lazer. Conforme os autores, e já aqui aventado, essas práticas são promotoras de bem-estar e tornam-se especialmente potentes no e a partir do convívio social.

Contudo, quando as possibilidades de vivência dessas práticas de lazer são restritas, o sujeito tende a sofrer expressivas pioras em sua condição, apontando para uma relação cíclica. É, inclusive, a partir dessa compreensão que as atividades de lazer têm sido inseridas em ações de tratamento de disfunções de ordem psíquica. Uma dessas apostas, como aponta Wosien (2000), é a dança:

É um fato: em quase todos os quadros clínicos psiquiátricos, quer se trate de perturbações de comportamento psicógenas ou condicionadas pelo meio, ou sejam prejuízos somaticamente condicionados, pode-se comprovar perturbações mais ou menos fortes das funções do movimento e do transcurso do movimento. Em longos anos de trabalho [...] adquiri a experiência de que a dança tem, alto grau, um significado terapêutico e de pedagogia de cura. (WOSIEN, 2000 p. 64).

Se a dança é uma investida de lazer a que se reportam tantos profissionais, é importante indicar que ela não está circunscrita a um formato e espaço apenas. É o que mostra Silva (2015), ao ressaltar a potência do lazer dançante na promoção de saúde mental em pacientes acolhidos em um Centro de Atenção Psicossocial CAPS. Essa experiência mostra que, sob a forma circular, a dança foi ofertada por suas características terapêuticas no âmbito da saúde mental.

As Danças Circulares são desenvolvidas para ampliar o conhecimento em direção ao bem-estar físico, mental, emocional e social, se fazendo possível através de ritmos, cantos e danças, de povos e culturas do mundo aos quais são vivenciados. Em meios a momentos de muita descontração e introspecção, a pessoa se percebe como ser humano íntegro e fazendo parte de algo mais amplo, forte e harmonioso, proporcionado pela unicidade do grupo. (SILVA, 2015, p. 53).

Importante destacar que, utilizada para amenizar a situação de pessoas já acometidas por alguns males, a dança, em sua força constitutiva, também é potente quanto à prevenção de doenças, ao estímulo para a vivência da coletividade e à promoção de bem-estar social. Afinal, como mostra a autora, o ser, percebendo-se mais forte, coloca-se como sujeito íntegro, parte de algo mais amplo, harmonioso. É amparado mental, emocional e socialmente e isso pela entrega proposta por um lazer que tão forte é em nossa cultura.

Mas será que essa força tem sido convidada para o espaço da sala de aula? Nossa EJA, nos mais diversos espaços e formatos, dança? Canta? Diverte-se e, sob o lazer, aprende? Seria possível isso pensar? Sem muita resistência, poderíamos afirmar que não. Mas, de igual forma, é importante destacar que ações nesse sentido têm sido pensadas e têm na EJA sua materialização. É o que veremos no tópico 6.2, a partir de uma experiência ocorrida em João Pessoa, Paraíba.

#### 6.1.4 Lazer, saúde e pandemia

Falamos de saúde e da importância de mantê-la, mas como dar conta disso em um contexto que de nós requer o isolamento? Afastados, nós, que nos construímos em coletividade, em relação, somos desafiados a (re) pensar nossas formas de ser e estar no mundo, de educar, de aprender, de viver o lazer e, claro, de nos mantermos saudáveis. De fato, um desafio.

Surgem novos formatos de relação, faces em vídeo, histórias que se nararam em encontros nas plataformas digitais e, nessas, o professorar, o aprender, o tentar dividir, sob as ainda tantas mazelas que a desigualdade impõe a nós, educadoras/es e educandas/os da EJA.

Como ficar bem? Como prosseguir?

Nas interações, afetamos e somos afetados. E, dessa forma, vamos nos reconhecendo como seres humanos. O lazer nos humaniza e pode fazê-lo mesmo quando o desafio é pensar em processos de humanização exigidos pelos tempos de isolamento em carne. É, a despeito de tudo, um importante momento para compreendermos o que, sob esses novos contornos, pode o lazer e o que, por meio e a partir dele, podemos nós. Afinal, o lazer coloca-se como

[...] mecanismo de organicidade para a comunidade, como um momento participativo e definidor das ações que envolvem a coletividade. Assim, é entendido como direito de cidadania, podendo ser vivenciado como um instrumento de mudança, gerador de novos valores [...] (STOPPA, 2007, p. 124).

Silva (2015) aponta a possibilidade de uma maior estabilidade psíquica por meio do lazer, que tem, inclusive, importantes funções terapêuticas. Disso cientes, é importante que, em momentos de conturbação, como este de pandemia que nos acomete, busquemos estabilidade física, emocional e psíquica. E já que essa busca não mais se concretiza pela pelada aos fins de semana, caminhadas proseadas na rua, é preciso apostar nos recursos de que dispusermos em casa, junto dos familiares, dos amigos, ou mesmo de desconhecidos, que apresentam propostas de atividades compartilhadas, por exemplo, em *lives*. Momento de, a distância, tecer novas redes e, talvez, nesta que, por exemplo, nos permite o próprio núcleo familiar, nos reinventar e perceber as que já existem.

Nas partilhas, interagimos e, nesse fazer, vamos nos fortalecendo como sujeitos e comunidade. É o que aponta Silva (2015), ao ressaltar a vivência de uma paciente que, pelas redes sociais, inteirava os familiares acerca do que ocorria. E, mesmo morando sozinha, pôde, também por essas ferramentas, ter “assunto para conversar com os outros”, experiência importante para “atuar na reconstrução de laços familiares, comunitários, pessoais, bem como em valores antes esquecidos”. (SILVA, 2015, p. 84).

A despeito da expressiva diferença contextual, notemos que, no caso trazido, apontamos para a ação de redescoberta, transformação e bem-estar possibilitado pelo lazer e sob o contato mobilizado por uma plataforma digital. Experiência que pode hoje nos revelar alguns caminhos.

Cabe, ainda, lembrar que as práticas de lazer, múltiplas que são quanto à forma (grosso modo, artísticas, intelectuais, manuais, sociais e físico-esportivas), podem ser vivenciadas sob diferentes realidades. O importante, neste caso, é reconhecê-las e colocá-las a serviço da aprendizagem.

Claro que não desconsideraremos, aqui, os sujeitos e suas realidades tão díspares, somado a isso é importante reconhecermos que, como educadores, vivemos contextos de grandes demandas de reinvenção quanto ao trabalho, aos custos e gastos, aos arranjos educativos e até quanto à imposição do estrangeirismo em nosso *home office*. São demandas que, acompanhadas das tantas incertezas, criam fragilidades. E não poupam, claro, a EJA, seus estudantes e seus profissionais. O estresse da incerteza e as limitações cotidianas de diversas ordens pesam sobre a parte da população mais vulnerável, população esta que corporifica a EJA, como apontado no primeiro capítulo deste Caderno.

Agora, em trabalhos ainda mais precarizados e/ou desempregadas, vivendo em habitações por vezes precárias e com acesso à saúde deficitário, entre outras carências, esses sujeitos buscam se munir do que podem para man-

ter a saúde mental. E é nesse sentido que acreditamos ser o lazer um aliado, embora longe da ingenuidade que intente apregoar aura de salvação.

Há problemas estruturais que nos afetam e estes ficam ainda mais potentes neste contexto de pandemia. É necessário um cuidado e zelo expressivo por nossa saúde mental, pois são tempos em que convivemos com agudo acentuar de depressão, fobias, obsessões, dentre outros. Como apontam Pondé e Caroso:

A depressão tira o prazer que as pessoas tinham pelas atividades em geral, inibe a psicomotricidade, reduzindo ou impossibilitando o acesso ao lazer. A fobia social provoca o medo intenso de exposição a situações sociais e a sintomas ansiosos que eclodem quando os pacientes tentam enfrentar tais situações, o que os impede de sair e se juntar a um grupo de amigos para aproveitar os seus momentos de lazer. Pacientes obsessivo-compulsivos são excessivamente devotados ao trabalho, evitando, por conseguinte o envolvimento em atividades lúdicas. (PONDÉ; CAROSO, 2003, p. 165).

É nesse sentido que, diante de algo que nos é tão nocivo, devemos investir em possibilidades alternativas que contribuam com o amenizar de contextos de sofrimento, tendo em vista ao menos aquelas que talvez estejam ao nosso alcance. E essa seria uma importante premissa para pensarmos o lazer (em suas variadas facetas), visto ser uma atividade humana potente, carregada de benefícios e satisfações. É experiência livre que, escolhida pelo sujeito, pode ser desenvolvida a partir da criatividade. E é, também, a partir desse entendimento que, como escola, espaço educador, e como sujeitos que a mobilizam, podemos, ouvindo, conjecturar, pensar caminhos, tecer novas investidas.

Hoje, estamos em contexto de muitas privações e, disso cientes, é necessário aguçar a escuta, perceber o que dizem as/os estudantes acerca de práticas de lazer, como as percebem e que tipos de satisfação lhes ocorre. Por meio disso e apoiados em uma compreensão de saúde que vê na subjetividade humana essencial indicador, como apostam Segre e Ferraz (1997), poderemos estruturar planejamentos, cogitar encontros ainda sem carne e, quem sabe, consolidar percepções de liberdade.

Ao menos é isso o que demonstram os estudos de Coleman (1993), o qual investigou como as atividades de lazer agem nas pessoas como moderadoras de estresse, reduzindo seus impactos e, inclusive, diminuindo o número de diagnósticos. Sua pesquisa evidenciou que as práticas de lazer das pessoas investigadas foram caracterizadas como “percepção de liberdade”.



Se hoje o contexto de pandemia nos “encarcera” mais que o contexto habitual o faria, o lazer pode ser esse mundo de liberdade. Essa janela para reinvenções de nós mesmos como sujeitos, sociedade e, claro, como EJA e educação, a qual, não se deixando prender, emancipa todas e todos.

## 6.2 Relato de Experiência - Um relato de aguçamento dos sentidos

QRCode 6.1  
Projeto  
Aguçamento dos  
Sentidos



Logo que comecei a trabalhar na EJA, percebi que seria difícil desenvolver aulas de Arte. As/os estudantes tinham muita resistência. Preferiam ficar na sala de aula realizando as atividades de leitura e escrita, algo muito comum nas turmas de alfabetização.

Fiquei, então, a me perguntar: como desenvolver o interesse discente pelas aulas de Arte? Fui me aproximando delas/es aos poucos, conversando, falando sobre mim e ouvindo o que comigo desejavam partilhar. Realizamos diversas rodas de conversa, regadas de muito chá, bolachas e café. Às vezes, uma fruta ou outra do verde de nossa escola dava o ar da graça e fazíamos salada de frutas!

Foi nessas rodas que, já mais consciente e atrevendo-me, pensei algo que mudaria o rumo de nossos encontros: alfabetizar os corpos. De que grafias e leituras seriam os corpos capazes? Que aprendizagens expressam e o que têm elas a dizer? Ótimo, pensei, mas como fazê-lo?

Comecei apresentando artistas de dança e teatro, como Angel Vianna, pesquisadora brasileira que trabalha com a “escuta do corpo” e com exploração de movimentos corporais. Apresentava vídeos e imagens sobre Angel, enquanto tentava, ludicamente, trabalhar com a movimentação corporal. Mas algo ainda não estava dando certo, as/os estudantes apresentavam certa resistência.

Foi quando, no corredor, uma aluna do Ciclo de Alfabetização me parou e disse que gostaria de apresentar uma peça de bonecos. Surpreso e feliz, eu disse: “Podemos tentar, você pode falar com seus colegas?” Dias depois, apresentei a sugestão para os alunos, que ficaram empolgados em participar.

“Professor, a gente poderia fazer uma peça de bonecos e apresentar no teatro”. Eu não tinha muita experiência com confecção e manipulação de bonecos. Então, fui atrás de uma amiga bonequeira que, me ajudando, indicou o boneco de balcão, tipo de boneco que permite a manipulação tanto individual quanto coletiva. Mais de uma pessoa pode manipular: cabeça, braços, tronco e membros inferiores (pernas e pés).



Assim como o boneco, nossas aulas ganhavam mais corpo. E era também coletivo. Em fases, fomos descobrindo: primeiro, experimentamos ações cotidianas com o corpo, enquanto confeccionávamos os bonecos. Depois, na segunda fase, exercitamos a manipulação dos bonecos e a criação das cenas. Por fim, a sacada ousada: a apresentação da peça no teatro da cidade!

Mais rodas, partilhas, corpos mais dispostos. Novos movimentos. Novos



Figura 4.2 – Registros do Projeto “Aguçando os sentidos”

também corpos, nossos e dos bonecos. Estes, confeccionávamos com embalagens plásticas trazidas pelas/os estudantes. Algumas eram costureiras e, prontamente, usaram desse saber na feitura. Costuravam os bonecos, vestindo-os com tecidos comprados coletivamente pelas/os professoras/es da escola.

Enquanto confeccionavam, as/os estudantes mostravam-se mais participativos: “Esse daqui vai ter um bocão”; “O olho desse daqui tem que ser grande”. Lembro-me até de um aluno que gostava tanto do boneco que chegava cedo à escola, só para ficar conversando com ele. E quem disse que o corpo não aprende novos

diálogos, a partir de suas novas interlocuções? Todo dia esse discente trazia algo para incrementar o boneco: peruca, pedaços de tecido, copo de plástico. Era bonito ver o quanto se envolvia com sua criação.

Junto à confecção, começamos a (re)experimentar corporalmente cenas do cotidiano: escovar os dentes, pentear os cabelos, arar a terra, sentar na mesa do bar, dançar uma música animada. “Como é fazer isso com o corpo?”, “Quais partes do corpo a gente mexe para realizar essa ação?”. Risos novos apareciam. (Re)criados os bonecos e também nossos próprios corpos, mais afinados estaríamos na tarefa de manipulação dos bonecos.

Partimos, então, para a etapa de manipulação. As cenas, claro, eram criadas pelas/as discentes. Dependendo da cena, a manipulação era individual ou coletiva. Durante essa fase, uma estudante disse: “Professor, gostei muito dos bonecos, mas não queria manipular. Gostaria de cantar e dançar no teatro”.

QRCode 6.2  
Reportagem  
Educação e  
Arte, juntas  
para a alfabe-  
tização para  
jovens e adultos  
do Bairro  
da Penha



De pronto, perguntei se ela sabia algum coco de roda e ela começou a cantar uma música, ensinada por sua mãe: “Lua ô lua / Lua que clareia o luar / Lua ô lua / Não deixe o tempo passar / Todos eles estão errados / A lua é dos namorados”.

Quem diria que, naquele desejo expresso, novas propostas e aulas de arte surgiriam?! Foi aí que começamos um processo maior de montagem das cenas. Alguns apresentaram cantando, outros dançando (ou ambos), junto daquelas/es que manipulavam os bonecos em cena, a partir das ações cotidianas experimentadas nas aulas de exploração corporal.

O trabalho agora já tinha nome: “Exercício Cênico Gente é Mar”, pois a nossa escola fica localizada na Praia da Penha (João Pessoa/PB). No dia da apresentação, as/os estudantes estavam empolgadas/os. Passei no camarim e os vi maquiados e ansiosos para apresentar o exercício. O Teatro Santa era nosso espaço de aula, aberto aos nossos corpos, recebeu, ainda, tantos outros: turmas da EJA de outras escolas da rede municipal.

As/os discentes ficaram muito felizes com a experiência, a maioria nunca tinha ido ao teatro. Enriquecidos, conjuntamente, aprendemos sobre o teatro de bonecos, nossas próprias realidades, novas formas de vivenciar a arte-educação e sua potência transformadora na EJA.

As aulas viraram projeto “Aguçamento de sentidos”, o trabalho com bonecos virou o “Exercício Cênico Gente é Mar”, e nós, todas/os, viramos e reviramos nossos corpos. Aprendendo, ensinando, lendo e escrevendo por meio desses poros EJA.

### 6.3 Sequência Didática - Lazer, educação e saúde

Sílvia Mendes Santiago  
Adilson dos Reis Nobre

Trabalhem, trabalhem, proletários, para aumentar a riqueza social e suas misérias individuais, trabalhem, trabalhem para que, ficando mais pobres, tenham mais razões para trabalhar e tornarem-se miseráveis. Essa é a lei inexorável da produção capitalista.

Paul Lafargue

Ser professora ou professor da Educação de Jovens e Adultos é uma riquíssima possibilidade de reconhecimento de vários tantos outros corpos e corporeidades. Em sala de aula, observamos um verdadeiro desfile de

uma variedade de corpos, jovens, adultos, idosos; femininos, masculinos, trans, gays; negros, pardos e, mais raramente, brancos, mas todos mestiços. Toda essa diversidade corpórea possui, entretanto, fortes elementos de identificação: os corpos pobres, trabalhadores, oprimidos e explorados.

São corpos que vivem, em geral, em função do outro, do rico, do patrão ou patroa exploradores, brancos, na maioria das vezes. Além da disposição do próprio corpo para a utilização laboral, precisam estar disponíveis para o prazer de corpos alheios.

Pouco sobra para o próprio corpo, o próprio prazer, a própria vida. Mas, o fato de estarem, por vontade e iniciativa individual, buscando a retomada de seus estudos em turmas da EJA, já lhes apresenta uma possibilidade, uma brecha no processo de alienação do próprio corpo. Estar na EJA, de certa forma, já é uma tentativa de se conectar consigo mesmo e de utilizar o próprio corpo para si mesmo, para a construção do próprio conhecimento e a interação desinteressada, do ponto de vista laboral, com o outro, com as/os colegas, com as professoras e os professores.

O lazer se constrói em momentos em que o corpo está disponível para si mesmo, para o próprio deleite. É um tempo/espço de não estar trabalhando, sujeitando-se à vontade e à necessidade de outro que não de si próprio ou daqueles a quem amamos e com quem temos prazer de nos relacionar. São momentos de usufruir da cultura humana e historicamente produzida e, também, de produzi-la.

#### *Objetivos de aprendizagem:*

- reconhecer e socializar as formas de lazer desfrutadas pelas/os discentes da EJA;
- proporcionar momentos de lazer e socialização para a turma;
- discutir o lazer como reivindicação da classe trabalhadora;
- estabelecer relação entre lazer e corporeidade;
- discutir a função do espaço escolar na construção do conhecimento;
- desmitificar a construção do conhecimento restrita à sala de aula.

### **AULA 1 - Professor de espantos!**

*Materiais necessários:* projetor e computador.

*Organização da turma:* dividida em pelo menos 4 grupos.

**Objetivos da aula:**

- refletir sobre a educação para o lazer.

**Contextualização:** As práticas de lazer são de suma importância na garantia tanto da saúde física quanto da mental. É preciso refletir, entretanto, sobre as condições necessárias para o acesso, de forma homogênea, da população a tais recursos e, principalmente, sobre o papel da educação e da escola na construção dessa possibilidade.

Visto como um espaço de punição, muitas vezes, o recinto escolar imprime em seus alunos a visão de que o aprendizado decorre de um processo doloroso e restrito à sala da aula.

**Desenvolvimento:** Para esta aula, propomos uma sensibilização com o vídeo “Educar para a vida”(QRCode 6.3). Nele, o educador Rubem Alves discute a necessidade de construirmos um projeto educacional que tenha a vida cotidiana como referência. Ele utiliza expressões como “educação pela e para a curiosidade”, “criar a alegria de pensar”, “educação ligada com a vida” e a necessidade de termos um “professor de espantos”.

A partir da reflexão possibilitada pelo vídeo, bem como da discussão sobre o lazer e a educação, trazida neste capítulo, propomos uma discussão com a turma, em uma roda de conversa, sobre as possibilidades e desafios para articulá-los, fazendo as seguintes perguntas:

Escola é também lugar de lazer? O lazer também é construtor de conhecimento? Quais espaços da escola estão ligados à construção de conhecimento para vocês? Quais são seus lugares favoritos na escola? A escola oferece atividades de lazer, seja durante os períodos de aula ou finais de semana?

Para finalizar, mostre o vídeo do projeto “Escola nas Férias” (QRCode 6.4), discutindo, com as/os estudantes, a importância de a escola se tornar um espaço que contemple os interesses de lazer da comunidade.

**AULA 2 - A necessidade de uma educação para o Lazer**

**Materiais necessários:** projetor, acesso à internet.

**Organização da turma:** pequenos grupos.

**Objetivos da aula:**

QRCode 6.3  
Vídeo Educar  
para a vida



QRCode 6.4 -  
Vídeo Escola  
nas Férias



- compreender a importância de uma educação voltada para o lazer;
- entender a influência do modelo de trabalho adotado pela sociedade na dificuldade de administrar o tempo e resguardar parte dele para o lazer;
- conceber a educação como ferramenta de senso crítico, possibilitadora de acesso ao lazer;
- construir um projeto a ser implementado na escola.

*Contextualização:* O modelo de trabalho exploratório da sociedade faz com que o conceito de “tempo livre” ou “tempo de lazer” não exista. Todo momento é hora de produzir. É muito comum se deparar com vídeos na internet, prometedores de fórmulas de sucesso e enriquecimento, com os dizeres “trabalhe enquanto eles dormem”, capitalizando até mesmo o tempo de sono do proletariado.

As/os estudantes da EJA, em sua grande maioria, são trabalhadoras/es que enfrentam, inclusive, jornadas exaustivas, má remuneração e problemas de deslocamento para o trabalho, podendo gastar horas do seu dia no trânsito do serviço para a casa, que ainda as/os espera com afazeres domésticos. Não parece sobrar muito tempo para a manutenção da saúde mental e corporal através do lazer.

*Desenvolvimento:* Abra uma conversa com a turma sobre o lazer, fazendo uma continuação da primeira aula. Nesta aula, você pode fazer a leitura do relato de experiência do capítulo 5, do Caderno “Mundo do Trabalho”, em que a autora apresenta a importância do lazer para seu pai. A partir dele, dialogue com as/os estudantes acerca dos benefícios do lazer, em especial para a saúde mental e para os processos de socialização. Quais espaços escolares eles gostariam de utilizar? Quais possibilidades esses espaços oferecem?

Por meio dessa discussão e utilizando a resposta das/os educandas/os, elabore uma atividade a ser realizada nos espaços escolhidos pelos/as discentes.

### **AULA 3 - Você tem fome de quê?**

*Materiais necessários:* caixa de som para reprodução da música selecionada, letra da música impressa ou projetada, para facilitar análise.

QRCode 6.5 –  
Vídeo Importância do Lazer



*Organização da turma:* dividida em pelo menos 4 grupos.

*Objetivos da aula:*

- estabelecer um diálogo sobre o significado e a necessidade do lazer para a pessoa humana;
- examinar os preconceitos referentes ao lazer da classe trabalhadora e destacar sua relação política;
- estabelecer relação entre o lazer e a consciência da corporeidade como instrumento de atuação no mundo, de produção e usufruto da cultura.

*Contextualização:* O lazer e a relação com o próprio corpo são os fatores que mais se distinguem entre as classes sociais. Talvez alguns trabalhadores consigam, ainda que com muito esforço, uma casa para morar com dignidade e condições de alimentar sua família, mas, dificilmente, conseguem proporcionar muitos momentos de lazer para si próprios e para sua família. As classes mais ricas, tendo já satisfeitas suas necessidades básicas e contando com mais tempo disponível para si próprias e para os próprios corpos, podem aproveitar maior riqueza de possibilidades de lazer.

Além disso, existe muito preconceito e dificuldade em reconhecer a importância do lazer para a saúde e para a humanização do indivíduo. Ao pobre, trabalhador, não é permitida a diversão, o entretenimento. Eles são donos de corpos moldados pelas forças sociais e econômicas para a exploração do trabalho alienado. O direito ao lazer é uma vereda pela qual, aos olhos das classes dominantes, por suas características não alienantes, se pode alcançar o desenvolvimento da consciência política, gerando tendências revolucionárias na classe trabalhadora.

*Desenvolvimento:* Fazer uma audição da música “Comida”, do grupo Titãs. Perguntar às/aos discentes se gostaram, o que entenderam etc. Distribuir, ou projetar no quadro, a letra da música:

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de quê?  
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida  
A gente quer comida  
Diversão e arte  
A gente não quer só comida  
A gente quer saída  
Para qualquer parte

A gente não quer só comida  
A gente quer bebida  
Diversão, balé  
A gente não quer só comida  
A gente quer a vida  
Como a vida quer

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de quê?  
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comer  
A gente quer comer  
E quer fazer amor  
A gente não quer só comer  
A gente quer prazer  
Pra aliviar a dor

A gente não quer só dinheiro  
A gente quer dinheiro  
E felicidade  
A gente não quer só dinheiro  
A gente quer inteiro  
E não pela metade

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de quê? (De quê?)  
Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida  
A gente quer...



QRCode 6.6  
Vídeo



Depois, levantar algumas questões relacionadas à letra da música para serem respondidas.

Exemplos:

- a) Complete, com suas próprias expectativas, a parte final do texto: “A gente não quer só comida, a gente quer...”
- b) Você concorda com o trecho da música que diz “A gente não quer só dinheiro, a gente quer dinheiro e felicidade”? Por quê? Qual o significado dele?

Em um segundo momento, apresentar o vídeo (QRCode 6.6), que faz uma breve e bem humorada análise da letra da música.

#### **AULA 4 - Pesquisando o lazer das/os estudantes**

*Materiais necessários:* papel e caneta.

*Organização da turma:* em círculo.

*Objetivos da aula:*

- compreender o conceito de lazer para as/os estudantes da EJA;
- atestar, diante de um recorte de classe e gênero, se e como as/os discentes experimentam o lazer.

*Contextualização:* Existem diversas formas e horários de se obter lazer. Eles variam de acordo com gênero, classe social, faixa etária e contexto de vida. A EJA, sendo constituída por um público diverso, é um bom exemplo da diversidade de possibilidades no alcance do lazer.

A forma de recreação de um indivíduo diz muito sobre ele e seu contexto.

*Desenvolvimento:* Pedir às/aos estudantes que respondam a um questionário sobre como elas/eles desfrutam do lazer. As respostas podem ser escritas e/ou apresentadas oralmente, numa “roda de conversa”, mas cada estudante teria que responder individualmente. Se as questões forem respondidas de forma oral, você, professora, professor, pode seguir anotando as respostas para que, posteriormente, o grupo tente estabelecer padrões de lazer de acordo com a idade, o gênero, a família etc.

Exemplos de perguntas a serem feitas:

- a) Idade, gênero, profissão, se casado ou solteiro, se tem filhos, com quem mora etc.

- b) Em quais ocasiões (dias da semana, época do ano, horário do dia etc) você possui momentos que o possibilitem desfrutar do lazer?
- c) O que você faz nesses momentos? Qual é a frequência? Você os desfruta sozinho ou com outras pessoas?
- d) Você está satisfeito com a forma que desfruta de seus momentos de lazer?
- e) O que mais você gostaria de fazer nesses momentos? O que o impede de fazer?
- f) Se você nunca se permitisse esses momentos, faria alguma diferença em sua vida? O que você imagina que aconteceria?
- g) Você conhece alguém que nunca ou quase nunca se permite momentos de lazer? Como é a vida dessa pessoa?
- h) Você conhece pessoas que sempre ou quase sempre se permitem usufruir de momentos de lazer? Como é a vida dessas pessoas?
- i) Como você relaciona momentos de trabalho e momentos de lazer?

Observe que esse questionário individualiza mais a questão do lazer e traz mais consciência para o sujeito acerca de sua própria situação.

Alguns resultados desse questionário devem ser transformados em gráficos, para serem analisados e para ajudar a estabelecer um perfil da turma em relação ao lazer.

## Referências

- ALVES, C. E. R. **Corporeidade**: oficina de formação para professores da educação de jovens e adultos. 2009. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências e Matemática). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009.
- ANTUNES, A.; FROMER, M.; BRITTO, S. **Comida**. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/titas/91453/> Acesso em: 05 de jul. 2020.
- CHEMIN, B. F. A educação para e pelo lazer no âmbito municipal. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 165-175, maio/ago. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/wales/Downloads/5515-18047-1-PB.pdf> Acesso em: 05/07/2020.
- COLEMAN, D. **Leisure based social support, leisure dispositions and health**. *J Leis Res* 1993; 25: 350-61
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1990.
- COSTA, M. A. C. As contribuições do lazer no processo ensino-aprendizagem. **Resvita Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 5, n. 2, p. 09-14, dez. 2008. DOI: 10.5747/ch.2008.v05.n2.h055
- GAYA, Adroaldo. **A reinvenção dos corpos**: por uma pedagogia da complexidade. *Sociologia (Dossiê)*, Porto Alegre, ano 8, n. 15, p. 250-272, jan/jun 2006.
- DE MASI, Domenico. Perspectivas para o trabalho e o tempo livre. *In: Lazer numa sociedade globalizada*. São Paulo: SESC: World Leisure, 2000. p. 121-137.
- GOMES, Christianne Luce (Org.). **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- JOÃO, Renato Bastos; BRITO, Marcelo de. Pensando a corporeidade na prática pedagógica em Educação Física à luz do pensamento complexo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo-USP, v. 18, n.3, p. 263-272, 2004.
- MARCELLINO, Nelson Carvalho. **Lazer e educação**. 6. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.
- MATSUDO, Sandra M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Envelhecimento e saúde**. Ed. Abril de 2009, p. 76 a 79.
- OMS. Atividade Física. **Folha Informativa n. 385**, fevereiro de 2014. Disponível em: [https://actbr.org.br/uploads/arquivo/957\\_FactSheetAtividade-FisicaOMS2014\\_port\\_REV1.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivo/957_FactSheetAtividade-FisicaOMS2014_port_REV1.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

PONDÉ, Milena Pereira; CAROSO, Carlos. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev. Ciências médicas de Campinas**, Campinas, p. 163-172. abr./jun., 2003.

REQUIXA, R. **As dimensões do lazer**. São Paulo: SESI, 1999.

SANTOS, L. A. M. Educação, cultura e corporeidade: um olhar a partir da perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 13, p. 165-175, 2014.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Pública** v. 31 n. 5 São Paulo, Oct. 1997 Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016) Acesso em 18/07/20.

SILVA, Milena Mery da. **Saúde e lazer: A dança circular no processo terapêutico de saúde mental**. Florianópolis, SC, 2015.

SILVA, W.G. **Lazer e juventude encarcerada: Tensões entre trabalho, disciplina e práticas culturais**. Dissertação (Mestrado em Estudos do Lazer) Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

STOPPA, E. A. Associativismo, sociabilidade e lazer. *In*: MARCELLINO, N.C. (Org). **Lazer e cultura**. Campinas, SP: Alínea, 2007. p. 119-13

WOSIEN, B. **Dança: um caminho para a totalidade**. São Paulo: Triom, 2000.

VAGO, Tarcísio Mauro. Secretaria Municipal de Educação. **Rede de Formação da Educação de Jovens e Adultos e do Ensino Fundamental Regular Noturno**. Belo Horizonte: SMED/PBH, 2008.

## ELABORAÇÃO DO CADERNO



### **Adelson França Jr.**

Professor da EJA na Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte, desde 2007. Professor no curso de Pedagogia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Ibirité. Possui Graduação em Pedagogia (UEMG); Especialização em Filosofia, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Mestrado em Educação (UFMG). Tem como principal campo de interesse de pesquisa e atuação a questão das/os jovens (sobretudo adolescentes) da EJA.



### **Adilson dos Reis Nobre**

Licenciado em Educação Artística, pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Possui Especialização em Alfabetização e Letramento, pela Instituto Superior de Educação Anísio Teixeira (ISEAT), da Fundação Helena Antipoff e Mestrado em Educação, pela UEMG. É professor de Educação Básica da Rede Estadual de Educação de Minas Gerais (SEE-MG) e da Fundação de Ensino de Contagem (FUNEC).



### **Adriana Nogueira Araujo Silveira**

Professora da Rede Municipal de Educação. Possui graduação em Pedagogia, Especialização em Educação Infantil, Alfabetização, Psicopedagogia. É membro do Conselho Municipal de Educação de 2015 a 2019 e Diretora do Centro de Aperfeiçoamento dos Profissionais da Educação - SMED.



### **Ariel Boaz Costa e Silva**

Professor de História na Rede Estadual de Educação de Minas Gerais, desde 2019. Graduado em História na modalidade Licenciatura, pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Graduando em História na modalidade Bacharelado, também pela FAFICH-UFMG. Tem como campo de interesse acadêmico a relação entre musicologia e ensino de História, principalmente na EJA.



### **Diego de Oliveira**

Professor de Educação Física da Rede Municipal de Educação da Prefeitura de Belo Horizonte; Especialista em Educação de Jovens e Adultos - LASEB/UFMG e especialista em treinamento esportivo pela UFMG.

**Douglas Tomácio**

Professor do Departamento de Educação e Ciências Humanas da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG-Ibirité). Professor do Instituto DH – Pesquisa, Promoção e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania.

**Heli Sabino de Oliveira**

Professor Adjunto da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), integrante da linha de Educação de Jovens e Adultos (EJA) do PROMESTRE/FaE/UFMG; Coordenador do projeto de Extensão “Curso de Formação Continuada Em produção de CADERNOS Pedagógicos em Educação de Jovens e Adultos”, que culminou com a construção da “Coleção EJA Lendo Mundo, Lendo Palavras”. Durante 26 anos, trabalhou na Educação Básica, sendo que, por 21 anos, atuou como professor de História da Rede Municipal de Belo Horizonte (1995-2016), período em que atuou na Educação de Jovens e Adultos (exercendo a função de professor, coordenador pedagógico e integrante de equipe de acompanhamento pedagógico das Diretorias de Educação das Regionais Norte e Nordeste). Possui Mestrado e Doutorado em Educação, pela Faculdade de Educação (FaE/UFMG).

**Jalmiris Regina Oliveira Reis Simão**

Doutora em Educação h.c. (EBWU) e Mestre em Educação (FFP-UERJ). Especialista em Alfabetização e Letramento (UFSJ). Psicopedagoga e Pedagoga, com habilitações em: Administração Escolar e Supervisão Pedagógica, Licenciatura em Didática, Psicologia da Educação, História da Educação. Coordenadora da Comissão Científica Brain Connection Brasil (2016, 2017, 2018, 2019, 2020). Membro do Grupo de Pesquisa Redes de Conhecimentos e Práticas Emancipatórias no Cotidiano Escolar (Proped), da UERJ. Regência em graduação e educação básica, Administração escolar e coordenação/supervisão pedagógica. Docência e coordenação na EJA. Prêmios: Paulo Freire (SMED-PBH); Escolas Solidárias; Mazzaropi (SCDC/MinC). Direção Projeto Revelarte; Special Tribute (2016, 2017, 2018, 2019); Medalha Erasmus+ 2018, 2019. Escritora e organizadora de livros científicos. Campos de interesse: EJA, currículo e cotidiano escolar, alfabetização e letramento, dificuldades de aprendizagem, corporeidade na EJA.

**Joanna de Castro Magalhães Assenção**

Professora alfabetizadora na EJA da Escola Municipal Cai Líbano Soares; Graduada em Pedagogia, pela FaE/UFMG; Especialista em Elaboração, Gestão e Monitoramento de Projetos Sociais em áreas urbanas, pela FAFICH/UFMG; Especialista em Gestão Integradora, pela Faculdade Batista; Especialista em Educação de Jovens e Adultos, também pela Faculdade Batista.

**João Manoel Ferreira Gomes**

Professor na Educação de Jovens e Adultos da Escola Municipal Minervina Augusta/PBH. Licenciado em História, pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Especialista em Docência na Educação Básica, pela Faculdade de Educação da UFMG. Área de Concentração: Juventude e Escola

**Juliana Vieira da Silva**

Professora de História da Rede Municipal de Belo Horizonte. Atualmente, professora da EJA na Escola Municipal Doutor Júlio Soares. Trabalhou no Cape/Smed, Programa Família Escola/Smed e Regionais de Educação Leste e Noroeste. Possui Licenciatura e Bacharelado em História; Especialização em Educação, Pobreza e Desigualdade Social, pela FaE/UFMG.

**Karina Dias Gea**

Psicóloga (CRP 04/45968), graduada em psicologia, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); mestre em Psicologia Social, na linha Política, Participação Social e Processos de Identificação, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atua, principalmente, nas áreas de estudos sobre Saúde, Direitos Humanos e Cidadania e Movimentos Sociais.

**Laiz Cristina da Silva**

Possui Bacharelado em Filosofia (2015) e Licenciatura Plena em Filosofia (2018), pela Universidade Federal de Minas Gerais. Tem experiência na área de Filosofia, com ênfase em Estética, atuando principalmente nos seguintes temas: teoria crítica, psicanálise, ética, relativismo cultural; e estudos na área de gênero, classe, raça, dentro da filosofia da educação e ensino de filosofia do ensino médio e EJA. Professora de Filosofia na rede Estadual de Minas Gerais, atuando no Ensino Médio regular e na EJA.

**Laura Palhares**

Graduação em Licenciatura plena em História (2019), pela Universidade Federal de Minas Gerais; graduanda no Bacharelado em História. Professora na rede Estadual de Minas Gerais. Experiência em preservação patrimonial.



**Marcial de Carvalho Júnior**

Graduação em História-Licenciatura, pela Universidade Federal de Minas Gerais, atualmente, na continuidade de estudos para História -Bacharelado. Professor de História do Cursinho Popular na Escola Municipal Wladimir de Paula Gomes, pelo Projeto Escola Aberta, da Secretaria Municipal de Educação. Extensionista do Projeto “Lendo mundo, Lendo palavras”, desde 2018.

**Maria do Socorro Lages Figueiredo**

Professora da Rede Municipal de Educação e Assessora da Educação Básica de Belo Horizonte. Graduação em Normal Superior; Especialização em Gestão Escolar, Política para as Juventudes, Educação Integral, Psicopedagogia, Comunicação e Informação Educacional.

**Maria José Batista Pinto Flores**

Professora Adjunta-A da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Educação, pela FaE-UFMG (2014), no Programa de doutorado Latino Americano: políticas públicas e profissão docente. Mestre em Educação e graduada em Pedagogia (2006; 2001), pela FaE-UFMG; Especialista em Educação a Distância pelo Senac-MG (2009). Atua como docente do Ensino Superior, lecionando: Teorias e Práticas Pedagógicas, Didática do Ensino Superior, Didática na licenciatura, Metodologias de Ensino a Distância, Análise da Prática pedagógica. Diretora de Inovação e Metodologia no Ensino (2018- atual) da PROGRAD/UFMG. Pesquisadora do Grupo de Avaliação e Medidas Educacionais (Game), da Faculdade de Educação da UFMG e do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Didática e Formação de Professores (LEPED), da UFRJ. Pesquisa sobre pedagogia e docência na educação básica e superior, com interesse sobre: teorias pedagógicas, avaliação, processos de ensino aprendizagem, práticas pedagógicas, pedagogia universitária, desenvolvimento profissional docente e atuação de pedagogos(as) nas instituições de educação básica e superior.

**Mariete Menezes Amaral Rodrigues**

Professora de História da Rede Pública Estadual. Mestranda em Educação pelo PROMESTRE, na linha Educação de Jovens e Adultos, da Faculdade de Educação da UFMG - 2020, professora supervisora do PIBID 2018/2019. Bacharel em História pela PUC – MG. Pós graduada em História Moderna e Contemporânea. Especialista em MBA em Gestão Estratégica Escolar, na Faculdade Maringá – PR. Participante da formação continuada, pela UNICAMP, em História da África e Ensino de História sobre a presença indígena na formação do Estado nacional brasileiro, através da Olimpíada Nacional em História do Brasil (ONHB) 2013/2015.

**Matheus Resende Teixeira**

Licenciando em Geografia, pelo Instituto de Geociências/ UFMG, com ênfase em Geografia Cultural. Extensionista do projeto “Cadernos Pedagógicos da EJA: Lendo o Mundo, Lendo Palavras”.

**Maurício Barbosa Lima**

Professor-performer. Mestre em Artes Cênicas. Integrante do “Mais Um”, Coletivo de Arte (PB). Professor de Artes na EJA da Rede Municipal de João Pessoa - PB.

**Regiane Sabino de Oliveira Lelis**

Mestra em Estudos do Lazer pela UFMG. Advogada.

**Sâmella Andrade**

Licenciada em Física, pela Universidade Federal de Minas Gerais, formação técnica em eletrônica (2013), pela Escola Politécnica de Minas Gerais. Experiência em projetos educacionais em sala (presencial e virtual) e laboratório.

**Sílvia Mendes Santiago**

Professora da Educação de Jovens e Adultos da Rede Municipal de Belo Horizonte. Licenciada em Arte e Matemática.

**Walesson Gomes da Silva**

Pós-Doutor em Estudos da Ocupação, pela EEEFTO/UFMG; Doutor e Mestre em Estudos do Lazer, pela EEEFTO/UFMG, graduado em Pedagogia. Professor do Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino – DMTE da FaE/UEMG. Professor e Coordenador da Pós-Graduação Lato Sensu em Direitos Humanos e Cidadania, do Instituto DH: Promoção, Pesquisa e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania. Professor Colaborador, na linha da EJA, do Mestrado Profissional em Educação - PROMESTRE - FaE/UFMG.



A coleção “EJA lendo o mundo, lendo palavras” é composta por Cadernos Pedagógicos, elaborados por professoras/es da Educação de Jovens e Adultos que atuam na Rede Municipal de Educação de Belo Horizonte. Colaboraram também estudantes de licenciaturas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e professoras/es universitárias/os da UFMG, da Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) e da Universidade Federal de Goiás (UFG). Cada Caderno registra pelo menos duas idiossincrasias: 1) divisão em três ou quatro capítulos, subdividindo-se, cada qual, em quatro seções; 2) cada seção é escrita por meio de quatro tipos de narrativas distintas:

- a) um “Causo Pedagógico”, ou seja, uma crônica que abre o capítulo, por meio de uma situação problema;
- b) uma “Escrita Acadêmica”, que busca sistematizar e aprofundar os principais conceitos e categorias desenvolvidos no capítulo;
- c) um “Relato de Experiência” de uma/um educadora/or ou de jovens extensionistas, estudantes de cursos de licenciaturas da UFMG que participaram do projeto “Curso de Formação Continuada em Produção de Cadernos Pedagógicos para Educação de Jovens e Adultos (EJA)”;
- d) uma “Sequência Didática”, com sugestão de atividades para serem desenvolvidas em sala de aula.

Cumprê sublinhar que os quatro tipos textuais que compõem a estrutura destes Cadernos procuram indagar sobre a vida, sobre os sujeitos, suas histórias, suas culturas e suas experiências. De certa forma, representa uma educação que provoca tais sujeitos.

Assim, esta coleção celebra, sob muitos aspectos, os ideais de Paulo Freire, que propunha que a leitura da palavra não fosse dissociada da leitura de mundo. Dessa forma, este trabalho pretende se constituir em uma proposta pedagógica transformadora e cidadã, colocando em xeque hierarquias e interesses que sustentam injustiças e desigualdades sociais.

Boa leitura!