

**Promoção de Saúde em cena:
Considerações teóricas para uma prática teatral de
Educação em Saúde.**

ALEXANDRE DE OLIVEIRA LEME



Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de MESTRE em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços e Práticas de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lefèvre.

**São Paulo
2005**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor Fernando Lefèvre pela orientação prestada, pelo incentivo e pela compreensão com que conduziu todo o processo de construção e amadurecimento desta dissertação.

Aos docentes da Faculdade de Saúde Pública da USP agradeço pelas preciosas colaborações teóricas e reflexões em sala de aula.

Aos grupos de teatro, com os quais pude desenvolver a prática que justifica e vivifica este trabalho, agradeço a inspiração e o desejo despertado de transformar poesia em conhecimento. Todos iluminaram e motivaram continuamente cada momento deste trabalho acadêmico. Somos cúmplices e espero que este estudo esteja à altura do aprendizado que cada participante/ator me ofertou.

Aos meus amigos, fiéis companheiros de minhas reflexões, dúvidas e devaneios agradeço a força dada para que eu pudesse sustentar meus sonhos.

Ao Ideraldo, Maurício, Adriese, Mariana, Lindalva, Luís Fernando, minha prima Luciana, minha Tia Nair e minha querida avó Leonor mais que agradecimentos pela expressa, concreta e preciosa presença em minha vida. A cada um, em cada momento desta trajetória, deixo meu carinho e o reconhecimento do caro e indispensável significado de tê-los junto a mim.

Aos meus pais, fiéis companheiros, nem há como agradecer. Minhas pedras angulares, expectadores contínuos acompanhando e incentivando todos os meus passos, todos os meus sonhos. A Daniela, minha irmã e sua filha, minha querida Beatriz, agradeço pelo amor e pelo ânimo que sempre despertaram em mim. Vocês são os quatro pilares do meu porto mais que seguro.

RESUMO

Leme AO. **Promoção de Saúde em cena: considerações teóricas para uma prática teatral de Educação em Saúde.** São Paulo: 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objetivo. Propor a estruturação de um campo teórico em Educação em Saúde realizado através do exercício da teatralidade.

Metodologia. Buscamos problematizar as práticas educativas em Saúde Pública analisando obras teóricas da Saúde Pública em Promoção de Saúde e Educação em Saúde; metodologias de pesquisa qualitativa, em especial o Discurso do Sujeito Coletivo; a obra do teatrólogo brasileiro Augusto Boal; bem como a ideologia educativa proposta por Paulo Freire.

Resultados. Partindo de experiências práticas de Educação em Saúde, no campo da Saúde Pública, delineamos um arcabouço teórico de sustentação para a utilização do exercício da teatralidade enquanto instrumento para Educação em Saúde de forma problematizadora, dialógica, crítica, participativa e capaz de permitir a expressão do Ser Humano em sua inteireza. Analisamos a produção teórica e prática presente na obra do teatrólogo brasileiro Augusto Boal com especial ênfase para a Poética do Oprimido. Buscamos intersecções entre esta poética e o Discurso do Sujeito Coletivo à luz da Promoção de Saúde em sua vertente educativa dentro de uma discussão contemporânea destas últimas.

Conclusões. Foi-nos possível identificar a viabilidade de utilizar o exercício da teatralidade, conforme proposto por Augusto Boal em sua Poética do Oprimido, aliada à metodologia de pesquisa qualitativa conformada pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Concluimos que esta intersecção entre exercício da teatralidade e DSC constitui uma prática de Educação em Saúde problematizadora, crítica e democraticamente participativa que permite a expressão Humana em sua inteireza rumo à reflexão e transformação das condições de saúde de coletividades e/ou grupos de pessoas.

Descritores: Promoção de Saúde. Saúde Pública. Discurso do Sujeito Coletivo. Exercício da Teatralidade. Educação em Saúde.

SUMMARY

Leme AO. **Promoção de Saúde em cena: considerações teóricas para uma prática teatral de Educação em Saúde.** [Health Promotion at scene: theoretical grounds to a theatrical practice in Health Education]. São Paulo (BR): 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Purpose: to propose the organization of a theoretical field in Health Education realized by the exercise of theatricality. **Methodology.** We try to show out some problems of educational practices in Public Health analysing some theoretical works in Public Health Promotion and Health Education; qualitative researches methodologies, specially the Collective Subject Speech; Augusto Boal's work, a brazilian playwright, also as the educational ideology proposed by Paulo Freire.

Results. Setting out from practical experiences in Health Education, in Public Health Field, we trace a supporting theoretical framework to use the exercise of theatricality as a tool in Health Education, in a problematic way, dialogic, critic, participative and able to permit a complete human being expression. We analyse the theoretical and practical production inserted in brazilian playwright's work Augusto Boal, emphasizing "Poética do Oprimido". We try to find out intersections between that poetic work and the Collective Subject Speech, enlightened by Health Promotion, in its educational slope inside an up-to-date discussion about the latest. **Conclusions.** It was possible to us to identify the viability of making use of the exercise of theatricality, as it is proposed by Augusto Boal in his work, "Poética do Oprimido", allied to a qualitative research methodology, conformed to the Collective Subject Speech (CSS). We conclude that this intersection between the exercise of theatricality and CSS makes a problematic practice in Health Education, critic and democratically participative, which permits a complete human being expression towards a reflection and a transformation of groups health conditions.

Key words: Health Promotion. Public Health. Collective Subject Speech. The Exercise of Theatricality. Health Education.

SUMÁRIO

• UM BREVE HISTÓRICO	02
• PROBLEMA	17
• JUSTIFICATIVA	18
• METODOLOGIA	23
• O TEATRO EM CENA: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	24
Teatro ou teatralidade: definições e propriedades	25
1. Plasticidade	27
2. Dicotômico dicotomizante	28
3. Telemicroscopicidade	28
• POÉTICAS POLÍTICAS DO TEATRO: UM BREVE PERCURSO	30
1. O Sistema Trágico-coercitivo de Aristóteles	31
2. Maquiavel e a Poética da Virtú	38
3. Hegel: uma nova poética política para a burguesia	41
4. Bertold Brecht: uma Poética Política para a transformação social	42
5. Augusto Boal e a Poética do Oprimido	45
• DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)	57
1. Discurso do Sujeito Coletivo: teorização e metodologia	61
2. O DSC em ação	69
• PROMOÇÃO DE SAÚDE: BASES CONCEITUAIS PARA UMA COMPREENSÃO CONTEMPORÂNEA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	74
1. Promoção da Saúde: conceitos centrais e articulações	80
2. Comunicação e Informação em Saúde	87
3. Educação em Saúde e a Comunicação de Informação	89
4. Educação em Saúde enquanto prática libertadora e problematizante	94
5. Exercício da Teatralidade, opressão e Educação em Saúde	99
• CONCLUSÕES	105
• BIIBLIOGRAFIA	109

UM BREVE HISTÓRICO

Em 1998 trabalhava como voluntário em uma ONG (Organização Não Governamental) de Belo Horizonte, chamada GAPA (Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS) onde atuava como Coordenador do Grupo de Apoio aos Portadores do HIV (Vírus da Deficiência Imunológica Humana). Éramos trinta voluntários ocupados em prestar apoio material, psicológico e político às pessoas de baixa renda infectadas *pelo vírus da AIDS. Realizávamos visitas domiciliares e/ou hospitalares, grupos de discussão, grupos de mútua ajuda, distribuição de medicamentos e cestas básicas, além da prestação de assessoria jurídica e orientações a familiares. Dedicávamo-nos, também, à qualificação de profissionais da área da Saúde e da Educação que conviviavam com a realidade da pandemia da AIDS em seus contextos de trabalho.*

Recebemos, dentro dessa rotina, a demanda de uma equipe de educadores da Prefeitura de Belo Horizonte. Solicitavam-nos assessoria na qualificação para a prevenção contra a infecção pelo HIV junto a adolescentes que viviam nas ruas da cidade. Realizamos um intenso e rico processo de discussão e treinamento entre representantes da sociedade civil e do governo. Discutíamos conjuntamente possibilidades de minorar o grau de vulnerabilidade¹ de um público que já sofria uma série de outras situações graves e igualmente urgentes. Várias estratégias foram realizadas, orientávamo-nos pelos manuais recomendados pelo Ministério da Saúde (MS/BRASIL, 1995, 1996a e 1997). Eram intervenções bastante interessantes e comprovadamente eficazes com outros grupos populacionais, porém sentíamos pouca eficácia com o

¹ **Grau de Vulnerabilidade:** conceito utilizado nas práticas preventivas a infecção pelo HIV. Refere-se ao nível de exposição de um indivíduo ou grupo à infecção pelo HIV. Compreende a análise dos aspectos individuais, coletivos e programático que definem a suscetibilidade à pandemia da AIDS (AYRES, FRANÇA JR., CALAZANS e SALETTI FILHO, 1999).

público enfocado: faltava ressonância para efetivação de uma relação dialogal. Isto realçava ainda mais nossas dificuldades nas atuações educativas pois havia uma preocupante distância na comunicação entre equipe técnica e os grupos de adolescentes. Para além destas dificuldades, outras tantas fizeram com que o trabalho em equipe tomasse outros rumos. Decidi insistir e seguir sozinho ao enfrentamento do desafio com o qual já havia me comprometido...

A experiência, acima relatada, despertou-me para uma série de questionamentos acerca das formas de educar adolescentes, sobretudo os que vivem em situação de alta vulnerabilidade social. Comecei, então, buscar novas metodologias de ensino que privassem por uma relação educativa mais próxima, dinâmica, interativa e comunicativa. Buscava um diálogo educativo que permitisse ampla expressão das pessoas: *com suas emoções, seus valores culturais e suas possibilidades e limitações biológicas e/ou sociais*. Uma forma de comunicação que reconhecesse aos educandos enquanto seres humanos detentores de histórias de vida, discursos próprios e perspectivas de futuro e não apenas um grupo a ser treinado para cuidar da própria saúde. Imerso nessa busca pude entrar em contato com a bibliografia de Augusto Boal, reconhecido teatrólogo e diretor teatral brasileiro que criou o Teatro do Oprimido. Posteriormente tive a oportunidade de conhecer alguns de seus trabalhos com grupos de moradores da favela do Vidigal na capital do Rio de Janeiro.

Os trabalhos desenvolvidos pela equipe de Augusto Boal eram extremamente dinâmicos. Os participantes envolviam-se de forma intensa e profunda, traziam suas questões ao espaço teatral e demonstravam uma vivacidade ímpar ao apresentá-las ao grande público colocando-os em situações de reflexão através do exercício teatral. Os espectadores participavam das apresentações teatrais propondo soluções aos pro-

blemas identificados pelos atores, notoriamente estimulados ao questionamento crítico bem como à propositura de soluções. Era um trabalho educativo distinto de todos os outros com os quais havia tido contato: todos mecanizados pela intenção normativa de impor uma determinada prática ou valor sem reconhecer o referencial de vida dos educandos. Tendiam evitar o diálogo tratando aos educandos como se fossem receptáculos de uma verdade externa a eles.

A possibilidade de educar para a prevenção à AIDS através do exercício da teatralidade, utilizando a metodologia e arsenal de técnicas teatrais do Teatro do Oprimido, parecia ser uma maneira bastante eficaz de atuar junto aos adolescentes que viviam nas ruas de Belo Horizonte. Já que eles não eram nada sensíveis às abordagens educativas tradicionais (palestras, dinâmicas de grupo e oficinas de sexo mais seguro) valia a pena experimentar uma “nova” linguagem. Iniciei o uso das técnicas do Teatro do Oprimido como tentativa de estabelecer vínculo com os adolescentes que viviam na região central da cidade, nas imediações do terminal rodoviário. Insistia no comprometimento de educá-los para o uso de preservativos cujo desafio ficava sublinhado pelo uso freqüente de cola de sapateiro dificultando a concentração do grupo que se agregava todas as tardes debaixo de um viaduto. Foi então que resolvi pôr em prática, com os adolescentes em questão, o que estava estudando.

Durante quase seis meses, toda quarta-feira, no início da noite, circundava com giz um espaço no chão dentro do qual me colocava à disposição dos adolescentes. Dividia a atenção desses com entidades sociais que lhes ofertavam comida, com os estímulos da rua, ameaças policiais e com as propostas de motoristas que estacionavam os seus carros à procura de sexo fácil e barato. No início eram poucos os que se aproximavam para entender o motivo do espaço riscado no chão. No primeiro dia

foram três adolescentes que aceitaram participar dos jogos expressivos que lhes propunha. Pude perceber que a movimentação os deixava bastante animados e impossibilitava a aspiração de cola facilitando a participação e o diálogo posterior aos jogos expressivos.

A cada encontro o grupo ficava mais numeroso até estabilizar-se em torno de 14 a 16 participantes mais assíduos. Conseguimos exercitar grupalmente jogos de consciência corporal e jogos temáticos de expressão corporal, além de muitas rodas de ciranda e outros jogos de grupo. Percebia que os adolescentes ficavam ávidos para conversar após os jogos que eu propunha e, então, pudemos dialogar sobre diversos assuntos, entre eles, o uso de preservativos. Descobri as dificuldades com o tamanho do preservativo, o desinteresse pelo cuidado com a saúde, a falta de noção sobre prevenção, o uso abusivo de drogas, enfim, o abandono em que se encontravam e o grau de vulnerabilidade a que se expunham por viverem naquelas ruas.

Dentre os adolescentes mais assíduos, havia uma garota de catorze anos que se prostituía e sempre estava alcoolizada. Todas as expressões corporais que realizava tinha conotação ostensivamente sexual. Certa vez, no momento da roda de conversa, embriagadíssima, a referida garota delata todos os garotos que haviam forçado relações sexuais com ela. Acusa-os de assassinos e causa um enorme mal-estar no grupo quando termina seu desabafo vomitando e desmaiando no próprio vômito. Dedico-me a ajudá-la nessa situação de inconsciência alcoólica, o grupo se desfaz e cada adolescente foge da situação dedicando atenção a qualquer outra coisa enquanto eu prestava socorro à garota. Neste dia o grupo diluiu-se numa situação de desconforto muito grande, cheguei a pensar que não seria possível dar continuidade aos encontros.

Na semana seguinte, contudo, a maioria dos adolescentes estava presente, inclusive nossa protagonista do encontro anterior, com uma diferença apenas: estava sóbria! Os jogos seguiram tensos e a garota tentava insistentemente roubar um beijo meu, desviei o rosto diversas vezes e ela gritou comigo requebrando-se toda:

- “Eu quero um beijo, gosto de você!”. Lambia os lábios desenfreadamente numa tentativa agressiva de ser sedutora.

Segurei-a pelos braços, olhei-a nos olhos e respondi com firmeza:

- “Gosto muito de você também, por isso mesmo não quero que se ofereça para mim!”.

A garota olhava-me com espanto e sem ação, os demais não ousaram fazer piadas, o que seria uma atitude comum entre eles. Soltei-a lentamente e ela caiu em prantos, começou a comportar-se como uma filha diante de um pai pedindo desculpas de forma angustiada e catártica. Conversamos muito neste dia sobre sérias situações com as quais ela, bem como os demais, tinham que lidar para sobreviver. Contou-me dos abusos sexuais que sofria desde criança, dos homens com quem saía para obter dinheiro para roupas e sapatos, das surras e das violências psicológicas a que estava exposta nas ruas. Pergunto-lhe porque havia fugido de casa, e ela conta-me que seu padrasto era muito violento e forçava-a manter relações sexuais com ele, que a rua representava sua liberdade de poder ao menos fugir. Depois disso, nunca mais apareceu embriagada e começou a querer demonstrar recato perante o grupo. Expressava suas emoções em relação aos pais e foi, aos poucos, re-aproximando-se da família. Posteriormente a garota conta-me que sua mãe havia rompido com o padrasto tornando sua casa um ambiente bem melhor para se viver.

Com essa experiência pude obter um retorno bastante positivo em termos de vivência simbólica² de temas relevantes para o grupo. Identifiquei também uma maior abertura para o diálogo e reflexão acerca de vários assuntos ligados direta e indiretamente à saúde. Percebi que o exercício da teatralidade era uma linguagem que nivelava a comunicação que eu ensinava manter com o grupo facilitando a expressão e a problematização reflexiva. Os adolescentes eram extremamente críticos quando tinham espaço discursivo e expressivo pra tanto, ao contrário da certeza patente entre os educadores de rua acerca da inércia e indiferença daqueles. O uso do teatro mostrou-me uma nova forma de dialogar e entender o universo perigoso e perverso das ruas segundo a versão crua e vívida dos adolescentes que nelas viviam.

Em 1999 retornei para São Paulo e, em 2000, recomecei a utilizar o ideário do Teatro do Oprimido com grupos de homossexuais na Organização Não Governamental “Ação da Cidadania contra a Fome”. Esta instituição dispunha de um amplo espaço no 13º andar do edifício Andraus (situado próximo à Praça da República) onde foi possível atuar de forma mais sistemática e estruturada. Já não era necessário lidar com imprevistos próprios de espaços públicos abertos pois as oficinas pudessem acontecer num ambiente reservado e acolhedor.

No centro de São Paulo, mais propriamente nos estabelecimentos voltados à clientela homossexual da região da Praça da República, divulguei as oficinas de teatro para a Promoção de Saúde com o nome de “Espaço Vivencial Cenas do Desejo”. Surpreendentemente houve uma grande aceitação fazendo com que todas as vagas fossem preenchidas gerando ainda uma lista de espera. Por fim, formei dois grupos

² **Vivência Simbólica:** refere-se à forma como cada pessoa ou grupo experimenta os símbolos subjetivos e culturais despertados num contexto de exercício da teatralidade. Segundo MOSCOVICI (In: JODELET, 2001) “Um símbolo representa outra coisa diferente de si mesmo: é uma idéia sobre o objeto compartilhada por homens, independente do próprio objeto” (p. 52)

de vinte participantes cada, um grupo começando um mês após o início do outro. Eram pessoas das mais diversas classes sociais cujas idades variavam dos vinte aos quarenta e dois anos de idade. Ao primeiro grupo chamarei G1 e ao segundo grupo G2.

Ambos os grupos obedeciam a uma seqüência de oficinas semelhante àquela proposta por Augusto Boal no ideário do Teatro do Oprimido (BOAL, 1991). No primeiro encontro apresentava a proposta de trabalho e estimulava o grupo a escolher temas para serem vivenciados teatralmente. Aproveitava os temas para as oficinas de consciência corporal e expressão. Sempre encerrava os encontros semanais com rodas de conversa. Ofereci, de início, um espaço estético delimitado por fita crepe, a representação de um palco em sua estrutura mínima. Aos poucos o espaço foi sendo aprimorado pelo uso criativo de barbantes, tecidos e papel crepom que definiam platéia, palco, cenários e coxia. Os participantes apropriavam-se do espaço cênico com entusiasmo e interesse. Traziam roupas e descaracterizavam-nas de seu contexto original para serem usadas teatralmente.

O G1 escolheu discutir temas ligados a relacionamento amoroso, profissional e familiar, permeados por questões de aceitação e afirmação da identidade de gênero e sexualidades. Produziam cenas de famílias ideais, famílias problemáticas, situações de envolvimento afetivo ou sexual, lembranças da infância, entre outros. Era um grupo extremamente coeso e dinâmico. Os participantes aceitavam todas as propostas vivenciais e ainda as incrementavam com suas próprias experiências.

As rodas de conversas indicavam a evolução das idéias presentes no grupo. As famílias deixavam de serem apresentadas como instituições ameaçadoras e passavam a ser percebidas como espaços de construção para novas possibilidades de inte-

ração e diálogo. Começaram a encará-las enquanto referenciais afetivos passíveis de serem remodelados por um processo de aceitação das diferenças de orientação sexual. Alguns integrantes do grupo já se preparavam para assumirem-se mediante seus parentes o que dava um vigor de ação eliciada pela cena teatral rumo à realidade vivida por eles.

As questões relacionadas ao namoro transformaram-se em possibilidades de felicidade e enfrentamento de preconceitos. O desejo de lutar pela identidade afetiva e construí-la de forma legítima fazia evoluir a qualidade das cenas que ficavam repletas de personagens fortes e capazes de responder positivamente às dificuldades de convívio social.

Um dos integrantes do grupo, que identificarei pelo codinome Lucas, 27 anos, apresentou um processo de amadurecimento muito significativo. Era nordestino e viera a São Paulo em busca de liberdade para exercitar sua sexualidade sem ter que se defrontar com sua família. Havia, entretanto, enfrentado uma série de outros preconceitos que o colocavam num lugar tão ruim quanto o que ocupava em sua cidade natal. Na última vivência que fizemos, Lucas apresenta sua história, cheia de sofrimentos. O grupo ouvia emocionadamente, a voz de Lucas embargava-se, parava o olhar ao longe como se visualizasse as imagens. Relatou a tentativa frustrada de fugir de seus problemas, chorou com suas lembranças mobilizando a atenção de todos. Encerrou sua fala com a conclusão de que retornaria ao nordeste e que levaria a experiência vivida para oferecê-la a seus conterrâneos. O dito foi feito e, depois de alguns meses, escreveu-me relatando suas conquistas profissionais (conseguiu um emprego na prefeitura de sua cidade para trabalhar com teatro voltado aos homossexuais

de lá) e sua assunção perante os familiares. O Teatro do Oprimido cumpria sua função de forma exemplar gerando, ainda, frutos em outras localidades.

O G2 foi um grupo em que os resultados da ação teatral apareceram mais rapidamente: respondiam às demandas e carências que eles próprios suscitavam acerca de discriminação, auto-estima, percepções e vivências da sexualidade, relação familiar e social. Reconheciam-se capazes de representar suas questões nodosas e gerir as possíveis respostas para elas. Era um grupo muito hábil tanto para o exercício da teatralidade quanto para a produção de reflexões acerca das cenas que produziam. As cenas teatrais costumavam ser intensas e as reflexões emergiam de forma profunda.

Além disso, contavam com um integrante bastante especial ao qual chamarei de José. Este era portador do HIV, usava antiretrovirais, remédios psiquiátricos para conter seus surtos e ainda fazia uso intenso de álcool. Sofria grave rejeição familiar por ser homossexual e sentia-se demasiadamente isolado das pessoas. Ele chegava às oficinas sempre embriagado, sem condições de realizar qualquer tipo de atividade proposta. Acabava se sentando na platéia, combinei com o grupo que José representava o papel de espectador. Durante seis encontros seguidos, José não fez mais que assistir às encenações, fazer comentários inconvenientes e dormir. Alguns integrantes incomodavam-se com ele o que nos permitiu refletir sobre outras situações de exclusão vivida por todos e que eram representadas, naquele contexto, pelas atitudes de José.

José não faltava nenhuma vez, era um dos primeiros a chegar e um dos últimos a sair. No sétimo encontro ele chegou sóbrio e uma hora antes do início das atividades. Pedi para conversar e sugeri que fôssemos conversando ao passo que ele me ajudasse a arrumar as coisas para o momento das oficinas. Contou-me sua histó-

ria, com voz sofrida e lágrimas nos olhos. Acreditava-se fadado à condição de pária, nunca havia namorado ninguém, sua experiência sexual era ínfima e não sabia identificar sua vocação profissional. O relacionamento familiar era agressivo, ocupava o lugar de “bode expiatório” pois sempre causava problemas aos outros com suas dificuldades emocionais. Embora tivesse uma compleição física avantajada, tinha um metro e noventa e cinco de altura e uma musculatura bem tonificada, demonstrava muita fragilidade na altura dos seus quarenta e dois anos.

Ouvia as queixas de José enquanto organizávamos o espaço cênico. Não pronunciei nenhum tipo de comentário a respeito de sua história de vida apenas sugeri que participasse da vivência para que pudesse apresentar ao grupo suas experiências de vida. Com esse combinado encerramos o bate papo.

Quando a oficina começou, todos estranharam a participação de José, parecia ilógico que ele, além de sóbrio, estivesse tão concentrado nas atividades. Pela curiosidade gerada, o grupo acolheu bem a proposta de encenarmos a história de José. A pequena cena produzida versava sobre uma situação em que o personagem José (que foi interpretado por outra pessoa) apanhava da mãe como castigo pelos estragos que fizera na casa. José interpretava seu pai... A agressividade contida ameaçava eclodir, até que José produziu uma outra saída para a cena: o pai não deixava a mãe bater no filho, afastava-a deste, pegava-o ao colo e conversava afetuosamente com ele. A encenação foi densa para todos os participantes, mas José estava radiante com tudo o que havia encenado. O grupo produziu reflexões sobre as dificuldades de cada um dos participantes com suas famílias e consigo próprios, houve muitos que choraram e a solidariedade tornou-se a tônica dominante daquele momento.

Todos se tornaram cúmplices dos sofrimentos de José e decididos a transformar a dor em beleza estética. Ao final do encontro, José abraçou-me afetuosamente, os demais participantes envolveram-no numa roda e foram comprimindo-o num abraço coletivo. José despediu-se de todos e foi embora emocionado e visivelmente radiante.

Depois que entrou em cena, representando um personagem que não o espectador, José nunca mais chegou alcoolizado aos encontros. Participava ativamente de todos os exercícios e cenas que produzíamos. Descobriu que gostava de pintar e responsabilizou-se pela feitura dos cenários e pintura de figurinos. As cenas foram enriquecidas por imagens pictóricas que diziam da interpretação de José sobre os assuntos que tratávamos a cada ocasião. O grupo passou a acolhe-lo com mais simpatia.

Certo dia, José pareceu especialmente circunspeto. Fiquei atento aos seus movimentos. Não pronunciava muitas frases mas participava de tudo, era como se tivesse algo a dizer que era muito difícil... Quando chegou o momento de conversarmos sobre os exercícios teatrais, José faz um relato bastante interessante: enumerou uma série de mudanças que havia ocorrido com ele, comentou o quanto se sentia mais capaz de cuidar de si próprio, contou como foi seu processo de aceitação dentro da família e chegou a uma conclusão.... Disse que não tinha habilidade para o teatro e que havia descoberto que sua habilidade era ser pintor! Despediu-se do grupo afirmando que planejava montar uma “empresa”, iria vender quadros na Praça da República! Sua mudança, ocorrida de forma tão intensa e rápida, mobilizou os demais participantes deixando as atividades teatrais mais ricas e profundas. Todos se sentiam emocionalmente aptos a procederem com mudanças em suas situações de opressão.

José nunca mais compareceu às oficinas mas pude encontrá-lo diversas vezes com seus quadros expostos na feira dominical da Praça da República. Era quase um outro homem: sorridente e conversador, pretendia morar sozinho e encontrar um namorado assim que conseguisse estabelecer uma renda que o permitisse realizar seus planos. Este foi um dos casos mais marcantes com o qual pude me deparar. Realmente era possível que as pessoas vencessem suas opressões via exercício da teatralidade.

Em 2003, nos arredores do Largo Treze de Maio, volto a realizar oficinas com grupos de adolescentes. Entre as experiências relatadas acima e esta última, ocorreram outros grupos: mulheres negras, educadores, grupos heterogêneos e grupos de crianças. Escolho apenas alguns episódios e grupos a título ilustrativo.

O grupo de adolescentes da região sul da cidade de São Paulo, era formado pela clientela do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente de Santo Amaro (CEDECA/SA) onde trabalhava como Psicólogo Clínico e Social. Era um grupo misto formado por adolescentes com as mais diversas histórias de exclusão social, violência, privação de direitos e vítimas de extrema miséria. Só era possível que frequentassem as oficinas de teatro mediante a disponibilização de vale-transporte e refeição pois chegavam famintos da escola ou das ruas.

Embora fosse um grupo pontual e assíduo, seus componentes tinham muita dificuldade para envolverem-se com as dinâmicas e jogos expressivos propostos. Não costumavam conversar muito nem expunham suas questões pessoais. Tudo ocorria com demasiada resistência e, diversas vezes, questionei-me sobre a eficácia das oficinas perante este contexto.

O grupo produziu doze cenas de violência que versava, desde a violência doméstica até a policial. Eram cenas intensas, onde todos representavam brigas cruéis,

assassinatos, violação de direitos, agressões gratuitas entre outros tipos de agressões. Ao final das vivências o grupo conversava vagamente sobre as encenações sempre reconhecendo a violência com se esta fosse uma instituição natural, afinal era o que viviam no cotidiano das favelas em que moravam.

Depois de três meses apresentando cenas de violência sem buscar alternativas de romper com a mesma, resolvi submetê-los a uma experiência de teatro invisível, viveriam uma experiência teatral sem terem consciência dela. Comecei as oficinas informando o recebimento de uma denúncia anônima: um dos participantes do grupo teria um estilete para atacar aos demais. Convoquei seriamente todos a subirem ao palco ao que atenderam visivelmente amedrontados. Fiz um discurso bastante severo ameaçando encerrar as atividades naquele dia mesmo. Todos ouviam cabisbaixos, alguns tentavam controlar o choro. A certa altura, quando percebi que chegava o momento da catarse revelei que estavam vivendo uma cena de teatro invisível. Uma garota chorou copiosamente pois já havia passado por situação semelhante na qual fora submetida a diversas acusações injustas. Os outros ficaram pensativos com os olhares distantes. Coloquei-os em relaxamento e convoquei-os a conversar sobre o assunto.

A experiência cênica foi muito profunda impossibilitando-os reconhecer a violência como algo natural e imutável conforme faziam habitualmente. Finalmente aqueles adolescentes refletiam sobre o tema que mais os incomodava. Falaram sobre a tensão de viver num clima de ameaça constante, o medo da morte gratuita e sobre a necessidade de “dormir com os olhos do traficante” na tentativa de aludir às ameaças a que estavam submetidos desde quando eram crianças.

Com essa experiência o grupo tomou um outro rumo. Ficaram muito motivados para ensaiarem uma pequena peça teatral focada nos atos infracionais cometidos por adolescentes. Produziram a peça e apresentaram-na em diversas escolas imbuídos pelo desejo de orientar professores e alunos sobre a melhor forma de tratar com adolescentes que estavam em conflito com a lei. As diversas platéias que se formaram para assistir à peça costumavam responder com reflexões significativas aos estímulos ofertados pela história que viam acontecer no palco. Os adolescentes assumiam o papel de educadores ensinando aos professores e pais os valores que acreditavam poder mudar algumas situações tão corriqueiras nas escolas das localidades mais pobres de São Paulo.

Pedro, nome fantasia de um dos adolescentes, foi aparentemente o que mais se beneficiou do processo teatral. Estava se recuperando, à base de medicamentos psiquiátricos, de uma depressão muito forte decorrente de sua experiência dentro de uma das unidades de internação da FEBEM. A história da peça teatral, embora não fosse exatamente igual à sua, era bem semelhante ao que tinha vivido na realidade: foi preso por tráfico de entorpecentes, sofreu humilhações na delegacia, apanhou dos internos da FEBEM e sofreu muita discriminação na escola por ter passado algum tempo internado. Chegou a desistir de estudar e sua mãe temia que desistisse de viver também, tal a dimensão da tristeza que o abatia. Para complicar sua situação, havia uma garota de catorze anos que esperava um filho dele e o rejeitava por “ser um marginal”. Sofria por imaginar o peso da paternidade sem ter recurso algum para assumi-la nem sequer o menor apoio afetivo.

Na peça teatral, atuava como Juiz num momento e como professor em outro momento da história. Coube a ele representar duas das autoridades com as quais ha-

via sofrido seus piores momentos. Seus personagens mantinham a indiferença e crueldade percebida pelos adolescentes do grupo nas situações reais. Pedro encenava de forma muito convincente: voz firme, postura quase hierática e extrema rigidez de valores comunicavam a frieza que entendia ser peculiar aos profissionais em questão. A construção dos personagens permitiu-lhe colocar-se no lugar dos opressores e gerar possibilidades de atitudes mais humanas para os mesmos. Um adolescente criando e apresentando aos professores formas éticas de tratar com adolescentes em conflito com a lei, podia questioná-los de forma artística sem ser violento. Isto o permitiu transcender a depressão e retomar sua vida e seus planos. Sua mãe, visitou o grupo diversas vezes para agradecer a todos pelas mudanças que seu filho tinha sofrido: voltou a estudar, apaixonou-se por uma garota e resgatou seus planos para o futuro.

A experiência brevemente apresentada motivou-me a pretensão de estudar mais detidamente as possibilidades de uso do exercício da teatralidade no campo da Saúde Pública. Interessa-me produzir um instrumento para Educação em Saúde em que a vivência teatral possa inferir significativa e decisivamente na formulação dos Discursos do Sujeito Coletivo acerca da representação social do processo saúde/doença. Pretendo oferecer uma tecnologia educativa que possa ser utilizada por qualquer grupo de pessoas que se interessem pela ação educativa em Promoção de Saúde mediada pelo uso de recursos teatrais. Esta demanda justifica-se e estrutura-se teoricamente pela discussão subsequente.

PROBLEMA

Problematizamos, por meio da construção teórica de uma estratégia educativa inovadora, as relações de poder presentes nas práticas de educação no campo da ação em Saúde Pública. Buscamos reflexões conceituais interdisciplinares visando uma prática em Saúde Coletiva dinâmica, participativa e que convoque o Ser Humano em todas as suas possibilidades de comunicação e interação com o meio ambiente.

Arvoramos, neste estudo, com a sistematização conceitual do exercício da teatralidade, do Discurso do Sujeito Coletivo e da Promoção da Saúde analisando intersecções e diálogos entre eles. Geramos um arcabouço teórico para a Educação em Saúde referenciado numa forma de comunicação dialógica e politicamente horizontalizada onde profissionais da saúde e população atuam conjuntamente.

Para o desdobramento desta problemática entendemos ser indispensável discutir também conceitos subsidiários aos que são focos de nossa análise. Portanto, desenvolvemos nossa compreensão acerca das noções de participação popular, processo saúde/doença, vulnerabilidade, representação social, promoção de saúde, educação e comunicação em saúde e saúde coletiva afinando-os com os conceitos anteriores.

JUSTIFICATIVA

O campo de conhecimento e atuação em Saúde Pública é fortemente marcado pela contribuição das mais diversas disciplinas. Áreas do conhecimento, pertencentes tanto às ciências humanas quanto às ciências naturais, são tradicionalmente convocadas para a compreensão da Saúde Pública enquanto uma interdisciplina ampla e extremamente ramificada. Isto se dá pela dimensão abrangente e pela natureza do foco de atenção da Saúde Pública, o estudo dos processos de saúde-doença (ALVARENGA, 1994).

Essa polissemia é necessária, porém impõe como desafio costuras teóricas que viabilizem práticas legítimas e coerentes com as demandas impostas pela realidade das condições de vida e necessidades presentes no tecido social. Nesse sentido ALVARENGA (1994) esclarece e identifica a Saúde Pública

(...) como uma interdisciplina científica cuja área empírica é passível de ser explorada pelos dois grupos de ciências, as naturais e as sociais atuando, as formais, como apoio.

Outro aspecto relevante é a de que pelas especificidades do campo e natureza bio-psicossocial de seu objeto – caracterizado pelos processos de saúde-doença-morte de natureza coletiva – a Saúde Pública comporta o trabalho interdisciplinar em diferentes níveis, além do tratamento de temas específicos por diferentes disciplinas, de diferentes áreas, com diferentes abordagens. Neste âmbito colocam-se quer as questões ontológicas, relativas às diferentes maneiras de se conceber o

objeto, quer as epistemológicas, decorrentes dos diferentes tipos de análise (p. 38 e 39).

Estamos, portanto, diante de uma interdisciplina que, ao focar seu objeto de estudo, qual seja, a saúde de coletividades, abre-se a um campo amplo de saberes e práticas distintos e ricamente intrincados.

Dentro desse contexto, configurou-se um ideário denominado “Promoção de Saúde”. A partir da década de setenta, com a publicação do Informe Lalonde³, evidencia-se a necessidade de contemplar questões contextuais à Saúde Pública. Surgem as bases para uma nova visão de saúde que influenciou fortemente os países desenvolvidos. Outros documentos e conferências importantes desdobraram a noção de Promoção de Saúde, dentre eles destacamos: Prevenção e Saúde: interesse para todos (DHSS, 1976) na Grã-Bretanha, Saúde para todos no ano 2000 – 30^a Assembléia Mundial de Saúde (1977), Declaração de Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Sundsväl (1991), Declaração de Santafé de Bogotá (1992), Declaração de Jakarta (1997) e Declaração do México em 2000 (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

Os documentos e conferências citados influenciaram decisivamente as concepções e práticas de profissionais da saúde em diversas localidades do mundo. Surge, assim, uma resposta contra a hegemonia da abordagem médica, paternalista, autoritária e assistencialista deslanchada pelas conferências mundiais de saúde que delineiam os principais aspectos dessa nova abordagem à Saúde Pública. O processo saúde-

³ **Informe Lalonde:** relatório produzido em 1974 pelo então Ministro da Saúde Marc Lalonde sobre a saúde dos canadenses. Neste relatório Lalonde propõe uma abordagem mais ampla à compreensão da saúde pública abarcando aspectos contextuais para além das práticas médicas: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida, e políticas públicas (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

doença passa a ser reconhecido em sua complexidade e abrangência, seja pela diversidade dos fenômenos que abarca ou pela vasta gama de saberes a serem gerados.

A Promoção de Saúde, preocupa-se em recolocar a questão das Políticas Públicas norteada pela participação democrática gerada e geridas pelos mais diversos atores sociais (MS, 1996b). Trata-se de vincular tais políticas à prática de forma a quebrar com as relações de dominação pela ação efetiva e consciente onde

Quem mais suporta essas situações de desigualdade e de alienação de suas capacidades de pensar e de decidir por si mesmos deve criar as alternativas para uma vida em comum digna para todos. Do contrário, persistirá no *ethos* geral de exploração, desconfiança, rotulação, exclusão e, finalmente, eliminação do outro, o que tem até agora caracterizado a sociedade.

(...) Isto quer dizer, em outras palavras, o desenvolver de uma *efetiva convivência democrática* entre iguais, que priorize, com igual ênfase, a liberdade e a igualdade dos indivíduos na sociedade (FREITAS e PAPA, 2003, p. 32).

A compreensão das Políticas Públicas de Saúde como canais legítimos da expressão democrática de uma população implica sua consecução via práticas públicas que a viabilizem. Conforme sugere PAIM (2002) com relação ao

(...) autoritarismo impregnado às práticas de saúde, conviria exercitar, presentemente, uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas. Tal exercício só teria sentido e validade na medida em que o avanço das forças democráticas e populares conseguisse *realmente* por em crise o autoritarismo do planejamento mas, sobretudo, o do regime (p. 35).

Não basta, porém, reconhecermos a importância da ação democrática em saúde, é necessário situarmos sobre que tipo de democracia estamos tratando. Para tanto ali-

nhamo-nos com FLEURY (1992) quando alinhava os conceitos de democracia e cidadania, em oposição à compreensão liberal dos termos, da seguinte forma:

Em um modelo da democracia participativa pressupõe-se a ampliação do espaço político para a sociedade civil, com ênfase na mobilização e consciência populares, no sentimento de comunidade e no papel do cidadão como sujeito/agente do processo de diminuição das desigualdades econômicas e sociais.

A democracia, então, ademais de um conjunto de regras formais de exercícios do poder político, é o *locus* de articulação das mediações entre Estado e sociedade.

A cidadania é, pois, a mediação que dá organicidade a esta relação, na medida em que, para além da negação à fragmentação das classes na estrutura social, articula o conjunto de indivíduos de uma nação ao Estado representativo, assegurando-lhe a legitimidade necessária ao exercício do poder” (p. 29).

No contexto apresentado, a concepção de Educação em Saúde deve acompanhar esse raciocínio em que a democracia participativa e a cidadania estejam devidamente articuladas. Portanto compreenderá uma abordagem interdisciplinar e não autoritária que siga para além da abordagem médica, curativa e assistencialista. Assim, educar para a saúde compreende desenvolver

(...) a educação em saúde sob o aspecto de uma educação crítica e transformadora, entendendo a pessoa como agente promotor desse tipo de aprendizagem, visando atender suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva.

(...) Educação em saúde, conceito associado ao de Promoção de Saúde, alcança uma definição mais ampla como um processo de capacitação das pes-

soas proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e reorganização de serviços” (BARROSO, VIEIRA e VARELA, 2003, p. 17 e 18).

É dentro deste espectro de discussões que nossa proposta de Educação em Saúde se desenvolve e estrutura-se como um instrumento potencializador da participação popular de forma intensa e integral. Isto porque o exercício da teatralidade convoca ao Ser Humano reconhecendo-lhe em suas características fundamentais: um ser complexo, uma rede intrincada e articulada de cultura, sociedade, política, organismo e subjetividade.

Essa nova proposta de Educação em Saúde, que oferecemos, alia e reconhece todos os aspectos que discutimos até então e vai além, proporcionando contribuições populares à construção de saberes que visam entender o processo saúde-doença. O uso do exercício da teatralidade, orientado metodológica e ideologicamente pela Poética do Teatro do Oprimido (BOAL, 1991, 1996 a, 1996b e 1999), e aliado ao Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE et all, 2000, LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003;) justifica nosso interesse de estudo no campo da Saúde Pública dentro da Promoção de Saúde (LESCURA E MAMEDE, 1990; FLEURY et all, 1992; MS, 1996b; PAIM, 2002; BARROSO et all, 2003; CZERESNIA e FREITAS, 2003; LEFÈVRE, 1991, 1999 e 2005). Pretendemos demonstrar que estamos diante de uma pedagogia que nega sistematicamente a reificação, a alienação e o autoritarismo oferecendo uma proposta concreta de ação política nas práticas de Saúde Pública contemplando todos os atores sociais nelas envolvidos.

METODOLOGIA

Para compormos o campo teórico de Educação em Saúde Pública, que ora enfocamos, percorremos um caminho que partiu da experiência prática dentro da Psicologia Social e de ações programáticas de prevenção ao contágio pelo HIV/AIDS, conforme já foi relatado.

Nossa grande preocupação foi a de construir um percurso lógico que permitisse gerar subsídios teóricos produtores de uma nova forma de Educação em Saúde que se afine com as discussões pertinentes à Promoção de Saúde Pública. Percorremos a produção bibliográfica de Augusto Boal (1991, 1996 a e b e 1999), os estudos sobre Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÉVRE, 2001 e 2003) e alguns autores que estudam a Promoção de Saúde referenciados na Declaração de Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Sundsval (1991), Declaração de Santafé de Bogotá (1992), Declaração de Jakarta (1997) e Declaração do México em 2000 (CZERESNIA e FREITAS, 2003). Uma vez identificado o corpo teórico, cuidamos de sistematizá-lo priorizando o enfoque em uma educação inspirada nos preceitos pedagógicos de Paulo Freire (FREIRE, 1981, 1992 e FREIRE et all, 1985).

Primamos pelo cuidado de reconhecermos as interseções teóricas entre Teatro do Oprimido, Discurso do Sujeito Coletivo, Promoção e Educação em Saúde e Pedagogia do Oprimido. Propomos, então, um arcabouço teórico inovador que viabilize uma prática pública de Educação em Saúde onde ocorra o encontro dinâmico, político, interativo, integral e democrático entre educadores e educandos.

O TEATRO EM CENA: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Propomo-nos identificar algumas possibilidades de utilização do teatro no campo da ação educativa em Saúde Pública. Isto implica no conhecimento de diversos conceitos da teoria teatral, necessários à apropriação que empreendemos aqui. Palavras como atuar, representar, personagem, platéia, tablado, protagonista, entre outras, possuem significados específicos que devem ser reconhecidos. Conforme COURTNEY (2001) nos mostra em seus estudos sobre as relações entre jogo, teatro e pensamento, cuidamos de sistematizar a compreensão do teatro enquanto:

- um fenômeno essencialmente humano;
- uma linguagem universal fruto de nossa imaginação criativa;
- uma habilidade expressiva que caracteriza o Ser Humano diferenciando-o dos demais animais,

Oferecemos, também, uma coluna ideológica que sustenta e articula o teatro enquanto técnica educativa, artística e política. Faremos a apresentação dos principais conceitos ligados ao teatro, seus usos em diversas épocas da história ocidental e finalmente a contextualização teórica do Teatro do Oprimido e suas vertentes. Para tanto, a teorização construída pelo teatrólogo brasileiro Augusto Boal é de grande importância na delimitação do território que este estudo compõe e analisa.

Segundo COURTNEY (2001), a imaginação criativa é uma habilidade fundamental ao ser Humano cuja característica essencial é a dramaticidade. Permite diferenciarmo-nos enquanto espécie e sermos capazes de explicar e transcender as limitações do meio ambiente bem como as nossas. Somos criadores de imagens mentais e podemos corporificá-las, relacioná-las e movimentá-las para expormos ou constru-

irmos idéias. Esta habilidade dinâmica permite-nos transformar a realidade, conhecer e aprofundar nossas experiências, dialogar com os outros e criar beleza. Em outras palavras, somos hábeis para atuar.

Atuar, dessa forma, é a capacidade de exteriorizar as criações imaginativas, vivenciar imagetivamente as situações vividas, compreender outros pontos de vista, colocar em ação uma idéia. É base para o comportamento humano pois veicula as relações entre as pessoas bem como se constitui na raiz do acontecer teatral (BOAL, 1996; COURTNEY, 2001).

Teatro ou teatralidade: definições e propriedades

BOAL (1996) entende que “O teatro é a primeira invenção humana e é aquela que possibilita todas as outras descobertas. O teatro nasce quando o ser humano descobre que pode observar-se a si mesmo: ver-se em ação. Descobre que pode ver-se no ato de ver – ver-se em situação” (p.27). Coloca o teatro, enquanto um acontecimento, e a teatralidade como palavras sinônimas quando define que

Teatro ou a teatralidade – é aquela capacidade ou propriedade humana que permite que o sujeito se observe a si mesmo, em ação, em atividade. O autoconhecimento assim adquirido permite-lhe ser sujeito (aquele que observa) de um outro sujeito (aquele que age); permite-lhe imaginar variantes ao seu agir, estudar alternativas. O ser humano pode ver-se no ato de ver, de agir, de sentir, de pensar” (1996, p. 27).

Portanto o teatro configura-se como uma modalidade específica do atuar, a representação, que convoca ao conhecimento do Ser Humano enquanto um ser que se

expressa para se relacionar com o outro e com o mundo. Por proporcionar reflexão, o teatro espelha e estimula o pensamento constituindo-se numa metalinguagem do Ser Humano que intenta o conhecer-se e o explicar-se. Todos nós somos hábeis para a teatralidade, posto ser um fenômeno que acontece cotidianamente em qualquer tipo de relacionamento humano; a expressão artística e profissionalizada do teatro é apenas uma de suas possibilidades (BOAL, 1996).

Para delimitar a estrutura mínima do teatro, BOAL (1996) empresta a definição de Lope de Vega que o entende como sendo o encontro, sobre um tablado, entre pelo menos dois Seres Humanos (ainda que um deles esteja subentendido) mobilizados por uma paixão. Esta é compreendida como sendo qualquer intensidade afetiva, ideológica ou política que mobilize as pessoas à ação. Define o tablado como um espaço destinado à representação onde há pessoas que atuam e pessoas que assistem à atuação.

O tablado também pode ser chamado de espaço estético e visa criar uma separação entre os atores e os espectadores. Possui uma peculiaridade: tem cinco dimensões. As dimensões físicas (altura, largura e comprimento) que são potencializadas pela liberação da memória e imaginação criando a dimensão afetiva⁴ e a onírica⁵. Destarte, torna-se possível mobilizar sonhos (imagens mentais) e afetos (memória emocional) de forma ampla e irrestrita corporificando idéias, discursos ou ações imaginadas.

⁴ **Dimensão afetiva:** compreende a capacidade humana de projetar no espaço físico, no caso o tablado, sua subjetividade: emoções, sentimentos, lembranças, idéias ou pensamentos (BOAL, 1996).

⁵ **Dimensão onírica:** Segundo BOAL (1996, p. 36) esta dimensão é criada quando “o observador é arrastado pela vertigem do sonho – arrastado por si mesmo – e perde o contato com o espaço físico, concreto e real. (...) não é dicotômico porque, ao sonhar, perdemos a consciência do espaço físico no qual, como sonhadores, sonhamos”.

O espaço estético configura-se como um campo postulado para o acontecimento do ato de representar, agir como se fosse um outro, onde é possível apreender os significados que a atuação humana proporciona e desenvolve. Possui propriedades que o qualifica e diferencia dos demais espaços físicos, são elas:

1. Plasticidade:

Uma vez incluso no espaço estético, qualquer elemento adquire condições de se transformar em uma outra coisa. Um cabo de vassoura pode se tornar uma espada ou um estandarte; um jovem pode tornar-se um idoso ou mesmo uma mulher. Tudo e todos podem adquirir novos significados, mesmo o tempo e o espaço tornam-se maleáveis: uma cena de quinze minutos pode significar uma longa história; um metro quadrado pode conter uma civilização inteira. Passado e presente, curto ou demorado, imenso ou insignificante, qualquer acontecimento é possível em função da plasticidade. Isso ocorre pelo efeito da representação, permitindo que uma coisa esteja em lugar da outra para que, no lugar desta, realize uma ação, alcance um fim específico. A memória e a imaginação, aliadas, permitem que haja plasticidade pois projetam e movimentam sobre o espaço estético um sem número de imagens subjetivas ou coletivas (BOAL, 1996).

2. Dicotômico e dicotomizante:

BOAL (1996) explica que

(...) o espaço estético é dicotômico e dicotomizante e quem nele penetra se dicotomiza. Em cena, o ator é quem é, e é quem parece ser. Está agora aqui, diante de nós, e está também distante, em outro lugar, em outro tempo, onde se passa a história contada e vivida: é Sérgio Cardoso e é Hamlet. Sendo dicotomizante, esse espaço dicotomiza também os espectadores: estamos aqui sentados nesta mesma sala e estamos também no Castelo de Elsinore” (p. 36).

Assim, o ator adquire “dupla personalidade” de forma consciente, simultânea e temporária: mantém a sua e apropria-se da personalidade do personagem, por isso se dicotomiza. Ao mesmo tempo, o espaço em que o ator atua detém a concretude do palco e vai além, propiciando o surgimento do espaço que a história precisa que ele seja e contenha. O espaço estético permite ao ator e ao espectador colocarem em ação a dicotomia em busca de uma versão especular e estética da existência Humana.

3. Tele-microscopicidade:

Sobre o tablado é possível tornar visível algo invisível ou magnificar algo insignificante e vice-versa. Isto se dá por ser o tablado um lugar onde é permitido redimensionar as coisas, pessoas ou acontecimentos. Assim como é viável resgatar, supor ou prever um acontecimento: “A cena traz para hoje, aqui e agora, o que aconteceu no passado, longe dali; o que estava perdido no tempo, o que havia fugido da

memória, ou o que se havia refugiado no inconsciente. Como um poderoso telescópio, aproxima” (BOAL, 1996, p. 41 e 42). Por conta desta propriedade, é possível colocarmos em foco, dedicarmos atenção ao conhecimento, seja de assuntos subjetivos, culturais, políticos ou mesmo das questões mais amplas que atravessam diversas culturas.

Estas três propriedades agem articuladas entre si e enriquecem sobremaneira as potencialidades do espaço estético. Criam condições para que o acontecer teatral alcance uma profundidade e amplitude bastante peculiares na expressão comunicativa do Ser Humano com suas imagens especulares.

POÉTICAS POLÍTICAS DO TEATRO: UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO

Em seu livro “Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas” (1991), Augusto Boal resgata as diversas poéticas⁶ utilizadas no Ocidente para compreender-se o ato de fazer teatro: o Sistema Trágico-coercitivo de Aristóteles, Maquiavel e a poética da *Virtú*, Hegel e Brecht. Desemboca, finalmente, na poética do Teatro do Oprimido. Nesta poética, Boal preocupa-se com a análise da relação palco-platéia e mostra a forma como, desde a Grécia até os tempos atuais, o teatro foi utilizado como instrumento de dominação e veiculação dos valores dominantes: uma platéia passiva a ser educada mediante os interesses das classes detentoras do poder que eram representados através de peças teatrais com fins de controle social. Com isso a teatralidade deixa de ser reconhecida como domínio cultural popular e torna-se uma especialidade profissional, alienando a maioria das pessoas no cômodo e passivo local de espectadores (BOAL, 1991). O autor propõe que o teatro seja resgatado e devolvido às suas origens, o domínio popular, potencializado pela costura política de quebra das opressões.

Percorreremos, subseqüentemente, alguns aspectos do trajeto ideológico e pedagógico presente nas poéticas teatrais:

⁶ **Poéticas políticas:** poética refere-se a uma linguagem literária, o discurso teatral; política diz dos posicionamentos ideológicos mediante o poder exercido nas relações sociais. Poética política: abarca as estruturas de representação teatral em suas relações entre as linguagens e as ideologias presentes no teatro (BOAL, 1991).

1. O sistema trágico-coercitivo de Aristóteles

Resgatando os tempos da Grécia Clássica, BOAL (1991) nos mostra que, a princípio, existia o Canto Ditirâmico, fenômeno cultural onde o próprio povo organizava eventos festivos, de maneira que cada um podia exercer livremente a teatralidade da forma que lhe aprouvesse. Eram eventos muito parecidos com ritos como o carnaval; a expressão pura da cultura produzida, discutida e vivenciada por todos. Aristóteles, como bom representante da aristocracia grega, introduz a quebra inicial com esta forma de expressão a partir do momento em que organiza a encenação teatral estabelecendo regras para a feitura de peças teatrais:

“Teatro” era o povo cantando livremente ao ar livre: o povo era o criador e o destinatário do espetáculo teatral, que se podia chamar “canto ditirâmico”. *Era uma festa em que todos podiam livremente participar. Veio a aristocracia e estabeleceu divisões: algumas pessoas iriam ao palco e só elas poderiam representar enquanto que todas as outras permaneceriam sentadas, receptivas, passivas: estes seriam os espectadores, a massa, o povo. E para que o espetáculo pudesse refletir eficientemente a ideologia dominante, a aristocracia estabeleceu uma nova divisão: alguns atores seriam os protagonistas (aristocratas) e os demais seriam o coro, de uma forma ou de outra simbolizando a massa. “O sistema trágico-coercitivo de Aristóteles” nos ensina o funcionamento deste tipo de teatro. (BOAL, 1991, p. 14)*

Aristóteles, então, explorou a tragédia como linguagem teatral maior onde o protagonista é um personagem repleto de atributos, mas com uma falha trágica denominada de *harmatia*, capaz de conduzi-lo a uma série de peripécias que produzem

e estimulam a empatia no público. Num certo momento da peça, o protagonista reconhece sua falha trágica, seu defeito perante os valores vigentes (ethos social) e, então, caminha rumo a catástrofe que visa produzir *catarse*⁷ nos expectadores como forma de alertar aos perigos de transgredir e a necessidade de se purificar dos defeitos *que comprometem o bom andamento da sociedade tal e qual está estabelecida*. A intenção, nesta linguagem teatral, é de produzir emoções intensas nos espectadores que conduzam à aceitação e correção do erro:

(...) quando o homem falha nas suas ações, no seu comportamento virtuoso em busca da felicidade, através da virtude máxima que é a obediência às leis, a arte da Tragédia intervém para corrigir essa falha. Como? Através da purificação, da *catarse*, da purgação do elemento estranho, indesejável, que faz com que o personagem não alcance os seus objetivos. Este elemento estranho é contrário à lei, é uma falha social, uma carência política. (BOAL, 1991, p. 47)

O sistema trágico-coercitivo é extremamente eficaz e persuasivo sendo utilizado até hoje. *A evolução desta poética trouxe outras formas de produzir catarse no público assistente, com a intenção de induzir à aceitação dos valores vigentes*. Utilizadas em produções teatrais bem como em filmes e na televisão. Este sistema é a mais poderosa linguagem de dominação expressa através da estética teatral.

O período medieval mantém a estrutura do sistema teatral aristotélico, substituindo os valores gregos e comprometendo-o com valores religiosos próprios da nobreza. O protagonista deixa de ser um herói para ser substituído por personagens abstratos: a Bondade, o Amor, a Ira, a Volúpia, etc. A intenção era reforçar o Feudalismo e educar os vassalos para os valores cristãos. Nessa época os personagens

⁷ **Catarse:** do grego, *Kátharsis*, isto é, purgação. Diz de uma purificação com efeito moral e educativo, próprio da *dramaturgia Clássica*, conforme define CUNHA e colaboradores (1982) no Dicionário

(...) simbolizavam o bem e o mal, o certo e o errado, o justo e o injusto, o recomendável e o condenável – evidentemente segundo a perspectiva da nobreza e do clero que patrocinavam essa arte. As peças feudais tinham sempre um caráter moralizante e exemplar: os bons eram recompensados e os maus punidos (BOAL, 1991, p. 75).

Em todas as suas possibilidades, a tragédia estrutura-se necessariamente a partir dos seguintes elementos:

- Herói trágico:

É o personagem que se diferencia e se destaca do coro, o protagonista de uma peça teatral. Protagonista, palavra de origem grega composta pelas raízes *protos* (primeiro, principal) e *agonistes* (lutador, competidor), caracteriza-se por ser o personagem principal como define CUNHA e colaboradores (1982) em seu dicionário etimológico.

- Ethos e Dianóia:

A atuação desenvolve o acontecer do personagem mediante o estabelecimento destes dois conceitos. O *ethos* refere-se ao conjunto de atos exercidos pelo personagem em cena, pode ser social e/ou individual; e a *dianóia* abarca as razões, as justificativas discursivas do conceito anterior. No caso da tragédia Clássica, o *ethos* costuma ser composto de características boas, mediante os valores aceitos socialmente, apenas uma das características será ruim (BOAL, 1991).

- Harmatia:

Denominada, também, como a falha trágica, é a característica negativa do personagem que estimulará a catarse na platéia. Assim, a *harmatia* é

(...) a única coisa que pode e deve ser destruída, para que a totalidade do *ethos* do personagem se conforme com a totalidade do *ethos* da sociedade. Nesta confrontação de tendências, de *ethos* (social e individual), a *harmatia* é a causadora do conflito. É a única tendência que não se harmoniza com a sociedade, com o que quer a sociedade” (BOAL, 1991, p. 49).

- Empatia:

Proporciona o estabelecimento da inter-relação entre a platéia e os personagens de forma que, aquela se torna passiva e receptiva mediante a ação exercida pelos personagens. Na tragédia, a empatia deve focar-se preferencialmente na atuação do protagonista para que a platéia viva “(...) *vicariamente*, tudo o que vive o personagem. Sem agir, sentimos que estamos agindo; sem viver, sentimos que estamos vivendo. Amamos e odiamos quando odeia e ama o personagem” (BO-

AL, 1991, p. 49). A platéia delega poderes de ação, via empatia estabelecida com o protagonista, experimentando suas emoções estimuladas pela representação.

- Peripécia

É a trajetória do protagonista, o conjunto de ações e pensamentos, que emerge do seu *ethos* rumo à desgraça agenciadora de catarse. O personagem protagonista submete-se ao que Aristóteles denomina de *anagnorisis*⁸, o herói trágico reconhece e explica sua falha à platéia:

O herói aceita seu próprio erro, confessa seu erro, esperando que, *empaticamente*, o espectador aceite como má sua própria *harmatia*. Mas o espectador tem a grande vantagem de que cometeu o erro somente de forma vicária: não tem que pagar por ele.

Finalmente, para que o espectador tenha presente as terríveis consequências de cometer o erro, não apenas vicaria mas realmente, Aristóteles exige que a tragédia tenha um final terrível, ao que se chama CATÁSTROFE. Não se permitem *happy-endings*, embora não seja necessária a destruição física do personagem portador da *harmatia*. Alguns morrem, enquanto que outros vêm morrer seus entes queridos (BOAL, 1991, p. 51).

Recheada destes conceitos, a tragédia apresenta o herói trágico, o protagonista, que estabelecerá com o público uma relação de empatia partindo de suas qualida-

⁸ **Anagnorisis:** “é um elemento fundamental e importantíssimo do sistema (trágico-coercitivo de Aristóteles)*. Pode ser o reconhecimento feito pelo próprio personagem que assim, *empaticamente*, se transfere ao espectador. Mas se não o faz o personagem com o qual existe uma ligação empática, deve ser feita por qualquer outro, pelo Coro inclusive. É arriscado não fazer *anagnorisis*, ou fazê-la mal, ou insuficientemente. É necessário recordar que o espectador tem inicialmente estimulada sua própria

des e/ou habilidades. Isto possibilitará o envolvimento da platéia com o *ethos* do protagonista, inclusive com sua falha trágica que será identificada como o elemento responsável pelas desarticulações das conquistas do personagem. A *harmatia*, além de identificada, é reconhecida e explicada pelo protagonista ou pelo coro. Num dado momento, a *harmatia* reverte a situação gloriosa do personagem desenvolvendo a peripécia, o caminho longo e sofrido que levará o protagonista da glória ao sofrimento rumo à catástrofe. Esta, mediante a empatia já estabelecida, desencadeará a catarse na platéia que será emocionalmente induzida a se identificar com a desgraça e purgá-la. Vemos aí o efeito coercitivo que as tragédias, via provocação de identificação com o protagonista, provoca nas pessoas que as assistem.

A relação entre *harmatia* e *ethos social* desenvolveu-se, no decorrer do tempo, e pôde se dar das seguintes formas (BOAL, 1991):

- *Harmatia X ethos social perfeito:*

É a forma a qual Aristóteles mais se dedica, BOAL nos traz como ilustração a peça Édipo Rei. Nela o protagonista é o estadista perfeito, homem admirável, inteligente, belo e amado por todos, porém dotado de sentimentos de soberba e orgulho exacerbados. Estas falhas fazem Édipo ser glorioso e perder tudo até a ruína total. Aqui a *harmatia* visa reforçar o *ethos social* perfeito.

- *Harmatia X ethos social perfeito harmatia:*

Nesta expressão da tragédia, há dois heróis trágicos com *harmatias* distintas diante de um *ethos social* perfeito a ser preservado. Ambos os personagens são bons, exceto em suas falhas trágicas, e deverão convocar o público à empatia mútua para

falha e, ao não produzir-se a compreensão de que se trata de uma falha, isto aumentará seu poder destruidor (BOAL, 1991, p. 66). * o parêntese explicativo é acréscimo nosso.

que ambas as falhas sejam submetidas à catarse via *anagnorisis*. Esta também pode ser feita pelo Coro, e haverá catástrofes para os dois personagens.

- *Harmatia negativa X ethos social perfeito:*

Há uma inversão em que o *ethos* do personagem é negativo perante o *ethos* social, ele possui um excesso de características ruins e apenas uma qualidade que será sua *harmatia negativa*. Assim, em vez da catástrofe, o personagem fará a *anagnorisis* simultaneamente à sua redenção ao *ethos* social gerando um final feliz e purificador do *ethos* individual do personagem. A intenção é mostrar à platéia que suas falhas podem ser purificadas e transformadas em qualidades socialmente aceitas. É uma variante da tragédia muito utilizada para se ensinar valores religiosos.

- *Harmatia negativa X ethos social negativo:*

O personagem apresenta um excesso de atributos negativos no que se identifica perfeitamente bem com os valores sociais, *ethos* individual e *ethos* social estão em perfeita sintonia. A princípio, o personagem não se prejudicaria por possuir tantas falhas se não possuísse também uma virtude que descaracteriza seus defeitos levando-o à catástrofe. Pretende-se criar uma discussão acerca da necessidade de reorganizar o *ethos* social e a *anagnorisis* visa criar condições para que a catarse se dê mediante a identificação da platéia com as falhas do *ethos* social. É a forma trágica mais comumente utilizada nos dramas românticos, extremamente útil para discutir as contradições e conflitos entre os sentimentos humanos mais nobres (amor, paixão, solidariedade, companheirismo, etc) e a degeneração dos valores sociais.

- *Ethos individual anacrônico X ethos social contemporâneo:*

Há uma ambivalência entre o *ethos* individual do personagem e o *ethos* social. Não há uma valoração moral mas sim um conflito entre visões arcaicas e posições contemporâneas de compreender a sociedade. Também pode se expressar como uma contradição entre aquilo que a sociedade apregoa (o *ethos* do personagem) e aquilo que ela de fato pratica (o *ethos* social). A derrocada do personagem se dará em função da impossibilidade de adequar suas idéias e emoções aos praticados pelo cotidiano das relações sociais. Introduce um elemento crítico que visa gerar catarse para reforçar ou os valores do personagem ou os da sociedade conforme o interesse do autor da peça teatral.

A Tragédia, em sua forma Clássica bem como em suas variantes, constitui-se no mais poderoso mecanismo de dominação das massas populares. Devido ao seu poder persuasivo, é utilizada até os dias de hoje mantendo seu vigor e atualidade.

2. Maquiavel e a Poética da *Virtú*⁹

A poética da *virtú* pretendia conduzir a platéia para uma reflexão menos abstrata que a proposta pelas peças medievais que eram pautadas pelos ideais de Pureza, Bondade, Dignidade, Santidade, Nobreza entre outros. Corporificados em personagens que atuam na estrutura própria da tragédia, os ideais visavam uma política de contenção dos camponeses. O caráter espiritual e a identificação dos nobres com os personagens religiosos do Cristianismo Católico eram as tônicas dominantes na ten-

⁹ **Virtú:** é a primeira lei do teatro burguês e refere-se aos componentes virtuosos do comportamento a serem valorizados mediante os interesses idiossincráticos da nova classe em ascensão. Aliada à *práxis*, que diz das ações que desencadeiam a *virtú*, compunham as leis básicas a serem contempladas na poética em questão (BOAL, 1991).

tativa de manter a ordem estabelecida na época. Neste sentido BOAL (1991) identifica que

A arte feudal procurava atingir os mesmos objetivos do clero e da nobreza: imobilizar a sociedade, perpetuando o sistema vigente. A sua característica principal era a despersonalização, a desindividualização, a abstração. (...)

A própria Igreja simplesmente tolerava e, mais tarde, utilizava a arte como um mero veículo das suas idéias, dogmas, preceitos, mandamentos e decisões. Os meios artísticos significavam uma concessão que o clero fazia às massas ignorantes, incapazes de ler e de seguir um raciocínio abstrato, e que podiam ser atingidas exclusivamente através dos sentidos.

A identidade que se procurava impingir entre as figuras sagradas e os nobres era marcante, na tentativa de se estabelecer uma inquebrantável aliança entre os senhores feudais e a divindade (p. 73).

Para caracterizar uma identidade burguesa, ao contrário das peças medievais, Maquiavel desenvolveu a Poética da *Virtú* que privilegia produções teatrais voltadas ao estímulo das qualidades úteis à construção e ascensão dessa classe social emergente.

Com a progressiva ascensão da burguesia e as conseqüentes mudanças no regime de dominação, as necessidades coercitivas passaram a adotar valores pautados, como já dissemos, por novas preocupações. Surgiram as peças dramáticas, enfocando o indivíduo e suas possibilidades de liberdade. Os personagens adquiriram subjetividade e identidade, eram sujeitos de suas próprias ações, possuíam virtudes que deviam ser expressas através de suas dramatizações; era o tempo das peças extremamente realistas que valorizavam o trabalho, a ascensão social e o homem virtuoso. Maquia-

vel marcou a transição entre as peças feudais e as peças burguesas. Contribuiu para o surgimento de uma nova classe representando suas preocupações econômicas, existenciais e de busca de identidade social. A noção de liberdade burguesa angulava-se sobre esses temas pontualmente úteis aos interesses de classe conforme BOAL nos mostra:

Talvez a burguesia, no seu ímpeto inicial, tenha levado longe demais as fronteiras do teatro. O homem por ela instaurado ameaçava expandir-se. O próprio drama shakespeariano, embora ainda fortemente limitado, podia servir de faca de dois gumes, abrindo novos caminhos que não se sabiam bem aonde poderiam conduzir. A burguesia cedo deu-se conta desse fato e, na medida em que assumiu o poder político, iniciou a tarefa de desarmar o teatro das armas que ela própria lhe dera, em seu benefício. Maquiavel propunha a libertação do homem de todos os valores morais. Shakespeare seguia à risca essas instruções, embora sempre se arrependesse no quinto ato e restaurasse a legalidade e a moral. Era necessário que surgisse alguém que, sem renegar a liberdade recém-adquirida pelo personagem dramático, pudesse impor-lhe certos limites, teorizando uma fórmula que lhe preservasse a liberdade formal, embora fazendo sempre prevalecer a verdade dogmática, preestabelecida (BOAL, 1991, p. 94).

A idéia de Homem que a burguesia veiculava no teatro visava uma libertação das amarras de dominação da nobreza feudal, posteriormente esta ameaça virar-se contra a própria burguesia. Isto se dá em função do crescente número de operários que surgiam e configuravam um conflito de poder: as peças que libertavam o sujeito podiam instigar o proletariado à sua própria libertação. Elas já não serviam para o

confronto com a nobreza e podiam desestabilizar as forças de dominação que incidiam sobre os operários. Os novos oprimidos não podiam desfrutar de um estímulo tão poderoso e desagregador como o era o da poética da *virtú*.

3. Hegel: uma nova poética política para a burguesia

Para dar conta das novas demandas da burguesia, Hegel propõe a junção da poesia lírica com a poesia épica, dando novos contornos às peças dramáticas, onde os princípios de subjetividade eram enquadrados pela objetividade e realismo. Os personagens foram imersos em dramas existenciais, suas ações são demandas da individualidade, das vivências interiores. Não há reconhecimento do meio externo como importante influenciador das vontades, os personagens são sujeitos absolutos de suas ações, causam empatia nos espectadores e produzem catarse reforçadora dos valores burgueses,

(...) em toda a poética hegeliana – em toda e não apenas em uma das partes – o espírito é sujeito! A poesia épica mostra as ações *determinadas* pelo espírito; a poesia lírica mostra os *próprios movimentos desse espírito*; finalmente, a poesia dramática mostra, diante dos nossos olhos, *o espírito e as suas ações no mundo exterior*. Está claro? Nos três gêneros de poesia ocorre o encontro da subjetividade e da objetividade, são sempre movimentos interiores da alma, é sempre o espírito, é sempre aí que se produz a objetividade. Em toda a poética hegeliana esse pensamento surge e ressurgue, e constantemente se revela (BOAL, 1991, p. 113).

A poesia dramática proposta por Hegel discute as paixões humanas em ação, a despeito do contexto sócio-cultural, como se estas possuíssem determinação exclusiva nos aspectos existenciais. Buscava a liberdade do sujeito que devia operar sobre as questões humanas expressas de forma mais universal: a Família, o Estado, a Moral, por exemplos. Transforma o comportamento dos personagens em concreções dos valores humanos, acreditando que fosse esta a melhor forma de refletir a objetividade que buscava como resultado da subjetividade que intentava apresentar.

Cada personagem, por ser livre, tem suas ações pautadas pelo movimento da sua alma em relação com outro personagem na mesma condição não havendo protagonistas mas sim sujeitos. Instaura uma diferença crucial entre drama e tragédia: “para que ocorra a tragédia, para que seja verdadeiramente *tragédia*, é necessário que os fins perseguidos pelos personagens sejam irreconciliáveis; se por acaso existe uma possibilidade de reconciliação, a obra dramática pertencerá a outro gênero: o *drama*” (BOAL, 1991, p. 112)

4. Bertold Brecht: uma poética política voltada para a transformação social

Bertold Brecht traz à cena teatral reflexões políticas fortemente influenciadas pelo Marxismo e pelo desejo de transformação social. Coloca o teatro numa função de extrema oposição ao pensamento proposto pela poética de Hegel. Para Brecht, o personagem é objeto, fruto do contexto histórico que o construiu e o legitimou como tal, não há liberdade existencial. O *ethos social* é o fator condicionante das ações dos personagens e sua poética visa incitar o proletariado à transformação social através do incentivo ao espírito crítico sobre as relações sociais e de trabalho. Seus dramas

sociais objetivam visões políticas da sociedade a partir de um suposto referencial do proletariado. Através da produção de *osmosis estética*¹⁰, busca transmitir indutivamente aos espectadores elementos ideológicos para pensarem as relações entre as classes sociais, como demonstra Boal acerca da poética marxista de Brecht:

Num estudo sobre teatro popular, Brecht afirma que o artista popular deve abandonar as salas centrais e dirigir-se aos bairros, porque só aí vai encontrar os homens que estão verdadeiramente interessados em transformar a sociedade; nos bairros, deve mostrar suas imagens da vida social aos operários, que estão interessados em transformar essa vida social, já que são suas vítimas. Um teatro que pretende transformar aos transformadores da sociedade não pode terminar em repouso, não pode restabelecer o equilíbrio. A polícia burguesa procura restabelecer o equilíbrio, impor o repouso: um artista marxista, ao contrário, deve propor o movimento em direção à liberação nacional e à liberação das classes oprimidas pelo capital (BOAL, 1991, p. 123).

O personagem, em si, não é bom nem mau mas sim condicionado pelo meio social ao qual pertence. Pode agir de forma adequada ou inadequada a depender do contexto que o impele a ação e não em função dos movimentos subjetivos e menos ainda como reflexo de uma liberdade de ação individual a qual Brecht rechaça. A subjetividade é entendida como um fenômeno posterior à objetividade dos fatos sociais. Então se torna necessário considerá-los como fundamentais e preponderantes em relação às emoções caso haja interesse em se fazer uma peça revolucionária. Refere-se, assim, a poéticas materialistas “(...) cujo objetivo não é tão-somente o de interpretar o mundo mas também o de transformá-lo, e tornar esta terra finalmente habitável,

¹⁰ **Osmosis estética:** diz da transferência indutiva, direta e empática das reflexões do personagem, em situação fictícia, para a realidade vivida pelo espectador no mundo concreto que é muito mais

têm a obrigação de mostrar como pode este mundo ser transformado” (BOAL, 1991, p. 121).

Brecht marca profundamente a produção teatral pois introduz elementos ideológicos até então inusitados, convoca o teatro em sua responsabilidade de transformar a sociedade e não apenas como confirmador das normas vigentes. Sua utopia era causar a revolução do proletariado pela *osmosis estética* acreditando ser esta a condição necessária e suficiente para promover mobilização e transformação nas relações entre as classes sociais. Defendia a idéia de que as peças teatrais deveriam trazer argumentos para a reflexão e não apenas sugestões.

A intenção de Brecht era ousada para sua época, mas, no que se refere à participação dos operários, sua falha consistia em mantê-los como espectadores. Isto reificava-os no lugar de passividade perante o espetáculo teatral, inculcando-lhes valores que não foram pensados por eles e sim por intelectuais. Com isso facilitava o distanciamento da platéia frente à ideologia produzida pelas peças que devia ser passivamente absorvida. Dessa forma, permanecia sendo uma ideologia de dominação, pois hierarquizava a transmissão de valores, embora tivesse a intenção de libertar e causar movimento.

É exatamente desse ponto que parte a *Poética do Oprimido* onde Boal propõe mudanças radicais na relação palco-plateia e na produção teatral com a intenção de promover o exercício da teatralidade de maneira ampla onde todos possam representar os dramas que vivenciam e pensar soluções coletivas para quebrar as opressões sociais e/ou pessoais.

5. Augusto Boal e a Poética do Oprimido

Boal inicia o desenvolvimento do corpo teórico e técnico da Poética do Oprimido refletindo acerca de sua experiência com alfabetização através do teatro. Este trabalho estava inserido dentro do Plano Nacional de Alfabetização Integral (ALFIN) do Governo Revolucionário Peruano em 1973.

A contribuição de Boal compreendia o interesse de socializar os recursos técnicos de interpretação e oficinas de desenvolvimento da teatralidade. Sua intenção era dispor do teatro como instrumento e linguagem que promovessem a desopressão popular. Ensinava aos educadores populares estratégias para conversão de espectadores em atores, técnicas que abrangiam o conhecimento do corpo e suas possibilidades de expressão. Dispunha do teatro como linguagem na qual os participantes eram envolvidos na escrita da dramaturgia conforme tema que elessem como foco de representação.

A experiência proporcionada pelo teatro ampliava o conceito de alfabetização englobando a apropriação de outras linguagens humanas. Por analogia, podemos dizer que o primeiro “vocábulo” do teatro é o corpo humano. Alfabetizar, na amplitude e magnitude das capacidades expressivas do corpo, era a grande missão a qual Boal se propunha. Em outras palavras: alfabetizar para o teatro é fazer a conversão dos espectadores em atores, em representantes sociais. Para tanto, desenvolveu o “plano geral da conversão do espectador em ator” em quatro etapas, conforme transcrevemos:

PRIMEIRA ETAPA – Conhecimento do Corpo – Seqüência de exercícios em que se começa a conhecer o próprio corpo, suas limitações e suas possibilidades, suas deformações sociais e suas possibilidades de recuperação;

SEGUNDA ETAPA – Tornar o Corpo Expressivo – Seqüência de jogos em que cada pessoa começa a se expressar unicamente através do corpo, abandonando outras formas de expressão mais usuais e cotidianas;

TERCEIRA ETAPA – O Teatro como Linguagem – Aqui se começa a praticar o teatro como linguagem viva e presente, e não como produto acabado que mostra imagens do passado, subdivide-se em três graus:

PRIMEIRO GRAU – Dramaturgia Simultânea: os espectadores “escrevem”, simultaneamente com os atores que representam;

SEGUNDO GRAU – Teatro-Imagem: os espectadores intervêm diretamente, “falando” através das imagens feitas com os corpos dos demais atores ou participantes;

TERCEIRO GRAU – Teatro-Debate: os espectadores intervêm diretamente na ação dramática, substituem os atores e representam, atuam!

QUARTA ETAPA – Teatro como Discurso – Formas simples em que o espectador-ator apresenta o espetáculo segundo suas necessidades de discutir certos temas ou de ensaiar determinadas ações (BOAL, 1991, p. 144)

As etapas acima têm desdobramentos importantes. Pretendemos nos deter mais detalhadamente em cada uma delas pois trazem esclarecimentos úteis para as reflexões que proporemos posteriormente.

O conhecimento do corpo envolve uma série de exercícios que visam estimular a consciência corporal. Conhecer as potencialidades expressivas do corpo, desco-

brir os condicionamentos que a rotina de vida impõe. Por exemplo: um trabalhador braçal terá condicionamentos físicos diferentes de uma vendedora de calçados. Os músculos são estimulados de forma diferente, causam condicionamentos e dores distintos e implicam em posturas que já comunicam algo sobre a função que cada um deles exercem na sociedade. Ao conhecerem essas características que o trabalho exerce sobre eles, terão mais subsídios para a compreensão do significado do labor com que se ocupam. Para isso utilizam-se exercícios simples que, além de criarem uma consciência corporal maior, possibilitam a análise dos significados neles implicados e a conseqüente reflexão sobre eles.

Nas palavras de BOAL (1991) “os exercícios desta primeira etapa têm por finalidade ‘desfazer’ as estruturas musculares dos participantes. Isto é: desmontá-las, verificá-las, analisá-las. Não para que desapareçam, mas sim para que se tornem conscientes” (p.146). Sendo possível “desmontar” as estruturas musculares também é possível “montar” outras estruturas musculares próprias de outras profissões, de outras pessoas. Nasce, assim, a consciência da potencialidade teatral do corpo.

Uma vez tomada a consciência corporal, segue a segunda etapa que estimulará a expressividade corporal. A fala é silenciada para que somente através do físico seja possível comunicar-se. Nisto consiste o processo de tornar o corpo expressivo. São exercícios grupais em que as pessoas irão representar corporalmente outras pessoas ou mesmo animais. É interessante convidar o grupo a criar jogos de expressão mediante as experiências vividas pelos integrantes assim, inicia o estímulo da criatividade e da participação ativa nos exercícios.

Para que os participantes de um grupo de exercício da teatralidade apreendam o teatro como linguagem, que é uma etapa mais densa, esta se subdivide em três par-

tes: dramaturgia simultânea, Teatro-Imagem e Teatro-Debate. As etapas anteriores são uma preparação para esta.

A dramaturgia simultânea envolve a introdução das pessoas no processo de interpretação de histórias. A platéia pode escrever uma cena para que atores interpretem-na simultaneamente ou então pode sugerir-se que parte da platéia escreva uma cena enquanto outra parte interpreta livremente e de improviso. De qualquer forma, é importante que a interpretação pare no momento em que a problemática central da história esteja configurada. Isto porque, após a configuração do problema, as pessoas serão colocadas em cena para que criem soluções, tantas quantas forem possíveis de serem interpretadas. A discussão desenvolve-se teatralmente e a reflexão se dá de forma expressiva envolvendo a platéia por inteiro.

No Peru, Boal ensinou técnicas de Teatro Imagem (produção de imagens corporais que expressem as idéias a serem apresentadas) e do Teatro-debate. Nesse, os espectadores intervêm na ação dramática, substituindo atores no decorrer da peça com a intenção de produzir desfechos diversos aos que foram apresentados pelo elenco da peça, incentivando a platéia a representar e discutir as possibilidades de desfecho da estória apresentada. Não há intervenção verbal por parte da platéia mas sim discussão cênica. A linguagem utilizada, a partir de então, é a linguagem teatral completa.

O teatro como discurso é a fase final do processo de alfabetização teatral. Os espectadores, já convocados na qualidade de atores, produzem uma peça teatral a ser apresentada ao público. Poderá ser utilizada qualquer forma de construção e apresentação de histórias. A idéia ou tema que interessa ao grupo será traduzida numa das linguagens teatrais, quais sejam:

- Teatro-Jornal: escolhe-se uma reportagem jornalística que contemple o tema escolhido pelo grupo. Esta reportagem vai ser discutida e analisada em todas as suas possíveis variantes até que se produza um consolidado que comporá a apresentação teatral;
- Teatro Invisível: a peça produzida pelo grupo será apresentada num contexto social no qual os participantes não saberão que estão envolvidos numa representação teatral. Os atores poderão apreender os posicionamentos dos espectadores que o farão espontaneamente. É um recurso teatral delicado e só deve ser feito quando o grupo estiver suficientemente seguro para representar. BOAL (1991) alerta que

Um espetáculo de teatro invisível deve ser minuciosamente preparado (com texto ou simples roteiro), não apenas no que se refere à cena em si mesma e às relações entre os atores, como também no que diz respeito à provável participação dos 'espectadores': todos os atores devem estar preparados para incorporar nas suas interpretações todas as interferências possíveis dos espectadores; estas possíveis interferências deverão ser previstas na medida do possível, durante os ensaios, e formarão uma espécie de texto optativo (p. 167);

- Teatro-Fotonovela: utiliza-se textos de novelas, sem esclarecer ao grupo o tipo de texto do qual se trata. Os atores irão interpretá-lo ao seu critério, depois disso, explica-se a origem do texto e compara-se a interpretação dos atores com a interpretação veiculada pela novela. Pretende-se, aqui, desmistificar as novelas e desvendar a ideologia presente nelas. É habitual que os atores atuem mediante seus valores e a realidade em que vivem;

- Quebra da repressão: pede-se a um dos atores que conte uma situação na qual viveu uma repressão/opressão e aceitou-a passivamente. O grupo identifica o que há nesta situação de comum com as repressões vividas pelos demais atores. O protagonista da situação escolhe o elenco que irá preparar, representar e apresentar a cena. Após a encenação, pede-se aos atores que repitam-na até a cena da opressão, daí em diante, o protagonista irá dar uma outra resposta à repressão enquanto os demais atores mantêm as atitudes repressivas anteriormente ensaiadas;
- Teatro-Mito: os atores escolhem um mito com o qual se identificam. A encenação deverá identificar as mensagens implícitas no mito e qual o interesse de dominação inculcado nele. O processo visa a desmistificação e problematização de ícones culturais ou da sociedade;
- Teatro-Julgamento: um dos participantes conta uma história pessoal e os atores improvisam a atuação. Após a encenação, os personagens são decompostos para que se identifiquem os seus papéis sociais. Segue-se uma segunda encenação em que alguns aspectos dos papéis sociais sejam excluídos com o intuito de analisar criticamente as interferências das construções sociais na forma de agir dos personagens. A intenção é reconhecer as formas de *coisificação* a que os personagens são submetidos no laço social e quais as máscaras que surgem desta *coisificação*.

Os recursos teatrais aqui apresentados visam transformar os espectadores em atores. São técnicas que estimulam a representação valorizando o reconhecimento da opressão e as possibilidades de transformação da realidade via quebra das opressões. Podemos dizer, desta forma, que

O que a *Poética do Oprimido* propõe é a própria ação! O espectador não delega poderes ao personagem para que atue nem para que pense em seu lugar: ao contrário, ele mesmo assume um papel protagônico, transforma a ação dramática inicialmente proposta, ensaia soluções possíveis, debate projetos modificadores: em resumo, o espectador ensaia preparando-se para a ação real. Por isso creio que o teatro não é revolucionário em si mesmo, mas certamente pode ser um excelente “ensaio” da revolução. O espectador liberado, um homem íntegro, se lança na ação! Não importa que seja fictícia: *importa que é uma ação*. Penso que todos os grupos teatrais verdadeiramente revolucionários devem transferir ao povo *os meios de produção teatral*, para que o próprio povo os utilize, *à sua maneira e para os seus fins*. O teatro é uma arma e é o povo quem deve manejá-la! (BOAL, 1991, p.138 e 139).

Esta forma de trabalho teatral desenvolveu-se e aprofundou-se posteriormente na Europa entre 1976 e 1986. Neste período Boal esteve exilado do Brasil por questões políticas decorrentes do sistema de governo militar que regia o país. Transitou em diversos países como Itália, Portugal, Estocolmo e Paris. Sobretudo em Paris, onde permaneceu por mais tempo, desenvolveu experiências com o Teatro Invisível, no qual os atores encenavam imiscuídos em espaços públicos sem que as pessoas soubessem que estavam envolvidas com a encenação. Sua intenção era provocar discussões no próprio contexto da vida social sobre temas pertinentes às problemáticas enfrentadas pelas pessoas.

BOAL (1996) desenvolve mais cuidadosamente suas técnicas trabalhando em dois hospitais psiquiátricos parisienses, Sartrouville e Fleury-les-Aubrais, e com diversos grupos teatrais franceses. Funda o primeiro Centro do Teatro do Oprimido (CTO) em Paris (1978), que funciona até os dias de hoje. A partir deste centro desenvolve as técnicas do Arco-íris do Desejo, inspirado no psicodrama, para trabalhar questões subjetivas que até então não explorava tematicamente pensando serem prioritárias as questões mais propriamente políticas (BOAL, 1996a).

No livro “O Arco-íris do Desejo – método Boal de teatro terapia”, o autor desenvolve o processo do “Tira na cabeça” que visa reconhecer as opressões subjetivas presentes nos participantes deste. Assim propõe três hipóteses fundamentais a serem trabalhadas com os espectadores-atores:

- Osmose: objetiva o reconhecimento dos aspectos sociais que colaboram para a opressão das pessoas por interpenetração subliminar de valores. Boal nos mostra que a osmose ocorre na vida social e é reproduzida nas peças teatrais convencionais. Assim “*Todo oprimido é um subversivo submisso. Sua submissão é seu tira na cabeça, sua introjeção. Não obstante, apresenta também o outro elemento, a subversão. Nosso objetivo consiste em dinamizar esta última, fazendo desaparecer aquela*” (BOAL, 1996a, p. 55);
- Metáxis: visa substituir a relação empática estabelecida nos espetáculos teatrais tradicionais pela simpatia. Em vez de vivenciar solidariamente as emoções dos personagens, a platéia irá vivenciá-las simpaticamente, isto é, haverá uma identificação estabelecida pelo trânsito de emoções entre platéia e personagens, o diálogo é condição essencial. BOAL acredita que, “se o oprimido-artista for capaz de criar um mundo autônomo de imagens de sua própria rea-

lidade e de representar sua libertação na realidade dessas imagens, poderá extrapolar, em seguida, para sua própria vida, tudo o que tiver realizado na ficção. A cena e o palco tornam-se o campo de prova para a vida real” (1991, p. 57);

- Indução analógica: utiliza-se de uma imagem de opressão produzida por um dos atores do grupo. Os demais atores produzirão imagens análogas àquela visando identificar o que há de comum nas diversas opressões vividas pelo grupo. Assim é possível partir do individual para o coletivo possibilitando que a imagem final a ser apresentada seja uma síntese das opressões dos atores que a encenam. A catarse é substituída pela reflexão.

A catarse no Teatro do Oprimido tem um significado especialmente diferenciado. Visa, não a purgação dos aspectos opressivos da relação humana mas sim a dinamização do conflito mediante o reconhecimento das problemáticas existentes no laço social. Possibilita a vivência cênica de conflitos e a transformação destes em possibilidades de resolução. A intenção é quebrar os bloqueios que coíbem a desopressão (BOAL, 1996).

Em 1986, Boal retorna ao Brasil e funda outro Centro de Teatro do Oprimido no Rio de Janeiro em decorrência de um convite de Darcy Ribeiro, então vice-governador do Estado, para trabalhar com os animadores culturais das recém-fundadas CIEP's. A experiência foi muito rica e possibilitou a consolidação do novo centro na capital fluminense (1996b, p. 35, 36 e 37). Em 1992, o Centro do Teatro do Oprimido perde o vínculo com o governo estadual do Rio de Janeiro e passa por sérias crises financeiras que ameaçam por fim nos trabalhos.

Como último trabalho, o grupo oferece-se para colaborar com o Partido dos Trabalhadores (PT), propondo teatralizar a campanha eleitoral. O partido aceita, desde que lançassem um candidato a vereador. Boal assume o papel de candidato político com a intenção de marcar solenemente o fim do CTO carioca, pois acreditava ser impossível ganhar, já que o grupo dispunha de poucos militantes e quase nenhum dinheiro. A grande repercussão de suas intervenções teatrais em espaços públicos, no entanto, propiciou a Boal conquistar uma vaga na Câmara dos Vereadores (1993). Foi esta conquista que possibilitou a manutenção do CTO do Rio de Janeiro e a criação do Teatro Legislativo (BOAL, 1996b, p. 42, 43 e 44). Seu mandato foi assessorado pela equipe do CTO que ia às praças e demais espaços públicos discutir a formulação de leis com o povo, conforme delineia Boal, em mais uma faceta da Poética do Oprimido:

No Teatro Legislativo procura-se trazer o teatro outra vez para o centro da cidade, onde se deve produzir, não a catarse, mas a dinamização. Seu objetivo não é o de aquietar espectadores, revertê-los a um estado de equilíbrio e aceitação da sociedade tal como é, mas, ao contrário, intensificar seu desejo de transformação. O Teatro do Oprimido procura desenvolver o desejo e criar espaço no qual possam ensaiar ações futuras. O Teatro Legislativo procura ir além e transformar esse desejo em lei (BOAL, 1996b, p. 46 e 47).

Com o uso dos recursos componentes do Teatro Legislativo, o mandato de Augusto Boal conseguiu formular treze leis de forma participativa, reflexiva e extremamente política.

Este pequeno resumo da trajetória de Augusto Boal permite uma visão geral de como foi formulada a Poética do Oprimido em suas formas principais: o Teatro-

Imagem, o Teatro-Invisível, o Teatro-Fórum, o Arco-Íris do Desejo e o Teatro-Legislativo. Em todas essas manifestações fica o lastro da importância central da participação popular na transformação social através do uso da teatralidade. Consiste em um arsenal de idéias e técnicas capazes de catalisar sentimentos e reflexões nas pessoas para a assunção de seus papéis protagônicos na sociedade ou melhor, seus papéis de representantes sociais.

Com o exposto até então, fica claro que o teatro ocidental sempre foi um instrumento de educação. A cada época da história, o teatro foi utilizado por uma determinada classe social para alienar as demais classes facilitando a dominação. O Teatro do Oprimido, em todas as suas formas, preserva o caráter educativo do exercício da teatralidade porém coloca nas mãos dos oprimidos o poder de utilizar este instrumento. Assim, a platéia é convocada a abandonar a passividade para assumir sua representatividade cênica e posteriormente sua representatividade social, política, cultural e artística.

A educação se torna problematizadora e afasta-se dos mecanismos de opressão comum às formas de educação dominadoras. Nas palavras de Paulo Freire

(...) a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir 'conhecimentos' e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação 'bancária', mas um ato cognoscente. Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador de um lado, educandos de outro, a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica, in-

dispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível (1981, p. 78).

A compreensão de educação e de opressão contidas na obra de Augusto Boal é fortemente influenciada pela pedagogia proposta por Paulo Freire. Além de contemporâneos, seguem reflexões análogas em suas propostas de transformar a educação num ato político libertador. Ambos debruçam-se em suas experiências de educação popular e buscam estratégias de libertação dos oprimidos em cada sociedade. Paulo Freire (1981, 1985 e 2000) o faz no sentido amplo da ação educativa e Augusto Boal foca-se no teatro enquanto instrumento educativo (1999, 1996, 1991). Esta relação teoricamente afinada, será aprofundada posteriormente na ocasião em que discutiremos as relações entre educação em saúde e teatralidade na perspectiva das relações de opressão.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Tradicionalmente, quando se trata de pesquisas qualitativas, os pesquisadores tendem a categorizar idéias e/ou pensamentos com a intenção de identificar e quantificar as pessoas de um determinado grupo social que pensam desta ou daquela forma previamente estabelecida pelo próprio pesquisador. Segundo GOLDENBERG (1997) esta situação se dá porque

Grande parte dos problemas teórico-metodológicos da pesquisa qualitativa é decorrente da tentativa de se ter como referência, para as ciências sociais, o modelo positivista das ciências naturais, não se levando em conta a especificidade dos objetos de estudo das ciências sociais. Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender o indivíduo em seus próprios termos. Estes dados não são padronizáveis como o são os dados quantitativos, obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los (p. 53).

Assim, muitos pesquisadores tendem à compreensão de que as idéias e pensamentos são variáveis tão concretas quanto o são peso, altura ou estado civil. Todavia, os pensamentos coletivos não se dão da mesma forma que as variáveis citadas anteriormente. É evidente o fato de que as pessoas **têm** a posse material de um peso, cor de olhos ou altura, e esta posse é perfeitamente quantificável e categorizável. Quando se trata, porém, de pensamentos é mais adequado dizer que as pessoas **professam** determinado(s) pensamento(s) postos que estes são da ordem das idéias, das abstrações e, portanto, mais claramente expressos em discursos (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003). Desta forma, pode-se dizer que os pensamentos são mais eficiente-

mente quantificáveis quando expressos através de discursos mais ou menos próximos uns dos outros. Em outras palavras:

Quando se pesquisa algo que as pessoas efetivamente têm, esse algo já está completamente dado **antes** da pesquisa, enquanto que, quando se trata de pesquisa acerca daquilo que as pessoas professam, a variável existe de modo apenas virtual necessitando ser reconstruída **durante** ou **através** do próprio processo de investigação.

Além disso, quando *esse algo* que as pessoas professam é um pensamento, uma idéia, uma opinião, o dito *algo* é sempre um **discurso**; o que quer dizer que se estará descrevendo muito melhor e muito mais adequadamente os pensamentos de indivíduos e coletividades quando esses estiverem sendo coletados, processados e apresentados sob a forma de discurso, porque os pensamentos pertencem à família das línguas e linguagens e, portanto, à ordem do discurso ou do texto (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, p. 14).

Obedecendo a essa analogia, o possível reconhecimento das categorias de pensamentos existentes num grupo social também se dará através de discursos que traduzem as representações sociais¹¹. Assim, a identificação de quantos são os indivíduos de um determinado grupo que professam a mesma idéia será determinada pela repetição de uma ou mais representações sociais equivalentes. Encontraremos, então, as categorias de pensamentos existentes dentro de um grupo social. Isto implica numa inversão metodológica em que iremos abandonar a afirmação do pesquisador (pré-concepção que visa enquadrar idéias numa mesma categoria) em favor de per-

¹¹ **Representações Sociais:** compreendida como uma representação “(...) homogênea e vivida por todos os membros de um grupo, da mesma forma que partilham uma língua. Ela tem por função preservar o vínculo entre eles, prepará-los para pensar e agir de modo uniforme. Ela é coletiva por isso e

guntas abertas que permitam aos pesquisados discursarem livremente sobre um assunto. Permitiremos, destarte, que os pesquisados professem suas idéias e pensamentos com mais fidedignidade porque as categorias emergirão dos próprios discursos colhidos e não mais serão embasadas em pré-concepções do pesquisador (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

Existem diversas formas de serem coletados materiais para fins de pesquisas qualitativas. Tanto a antropologia (quando da análise de mitos fundadores de uma cultura) quanto a sociologia (referente às análises literárias ou de documentos de um determinado momento histórico ou ainda para a apreensão de depoimentos) oferecem instrumentais para a coleta e análise de pensamentos ou representações sociais. GOLDENBERG (2002) discute algumas destas possibilidades tais como o estudo de casos e o método biográfico no contexto das Ciências Sociais.

Outra possibilidade de identificar pensamentos é através da coleta de discursos para posterior análise e categorização dos mesmos. Aqui é necessário estimularmos as pessoas a professarem suas idéias da forma mais livre possível o que será adequadamente viabilizado através de perguntas abertas que proporcionem condições de posicionamento para os que serão questionados.

Para os fins deste estudo, interessa-nos, portanto, reconhecermos uma forma legítima para obtermos a soma de pensamentos ou representações sociais em escala coletiva. Torna-se necessário, então, estabelecermos uma forma diferenciada de indagar aos pesquisados, coletar discursos e posteriormente produzir uma soma de discursos comuns ou complementares (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

Como iremos coletar discursos para fins de uso teatral, é necessário que o discurso coletado, a partir da fala de um ou mais indivíduo, possa ser aproveitado teatralmente reconhecendo-se que

Os grandes temas gerais encontram-se inscritos nos pequenos assuntos pessoais. Quando se fala de um caso estritamente individual, fala-se também da generalidade de casos semelhantes, bem como da sociedade onde esse caso pode acontecer.

É preciso que todos os elementos singulares do relato individual adquiram um caráter simbólico e percam as restrições de sua singularidade, de sua unicidade, assim, através da generalização, e não por meio da singularização, abandonamos um terreno mais propício a ser estudado por psicoterapias e nos limitamos a ocupar-nos daquilo que é nossa área e nosso privilégio: a arte teatral (BOAL, 1996, p. 53 e 54).

Essa necessidade, diferente de quando há interesse psicoterapêutico, é decorrência direta da busca de uma textualidade que seja dinâmica e que permita à platéia reconhecer-se no texto animado pela representação cênica. O texto sustenta e articula as atuações teatrais permitindo, a depender da linguagem teatral utilizada, a viabilização de catarse, empatia, simpatia ou mesmo reflexão crítica. Se ficássemos no campo estritamente individual não haveria teatro e sim expressão da subjetividade pura e simplesmente sem haver elos de comunicação entre palco e platéia (BOAL, 1996 e 1999).

Para que a generalização necessária ao texto teatral afine-se com aquela pertinente aos estudos científicos buscamos identificar uma metodologia de coleta, sistematização e análise de dados que preserve a cientificidade sem perder a dramaticida-

de discursiva indispensável ao exercício da teatralidade. Esta deve se ocupar de qualquer material transformável dramaticamente: textos, poesias, depoimentos, opiniões, entre outros. A metodologia científica de coleta destes materiais deve permitir esta plasticidade em busca de um teor discursivo teatral.

Orientados por esta preocupação, identificamos o **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**, conforme idealizado por LEFÉVRE e LEFÉVRE (2003), como o instrumental teórico-metodológico que permite-nos a preservação da vivacidade discursiva priorizada por nós. Nas palavras dos autores o DSC é

(...) uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário.

Através do modo discursivo, é possível visualizar melhor a representação social na medida em que ela aparece não sob a forma (artificial) de quadros, tabelas e categorias, mas sob uma forma (mais viva e direta) de um discurso, que é, (...), o modo como os indivíduos reais, concretos pensam (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, p. 19 e 20).

1. Discurso do Sujeito Coletivo: teorização e metodologia

O Discurso do Sujeito Coletivo é um procedimento metodológico que estrutura uma forma particular de interrogar o tecido social, a partir da fala de seus atores, na busca de dados qualitativos incluindo a análise e sistematização dos dados colhidos. Este procedimento visa identificar, via síntese e soma qualitativa de discursos, a enunciação do **Sujeito Coletivo** que

(...) se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de *primeira pessoa (coletiva) do singular(...)*. Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social (...) (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, P. 16)

Os pensamentos sociais enunciados pelo Sujeito Coletivo podem ser entendidos analogamente como representações sociais enquanto

(...) sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros – orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais (JODELET, 2001, p. 22)

Para que alcancemos o reconhecimento do Sujeito Coletivo, o primeiro procedimento envolve a elaboração de perguntas que estimulem a discursividade nos atores sociais acerca de um determinado tema. A melhor forma de questionarmos, portanto, será através de perguntas abertas que possibilitem a maior liberdade possível de expressão dos pensamentos sociais (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

A formulação adequada de perguntas abertas, norteadoras da coleta de dados qualitativos, contemplará os seguintes critérios:

- leva o entrevistado à produção de um discurso;
- responde com exatidão àquilo que o pesquisador está investigando;

- leva o entrevistado a discursar sobre o que pensa e não o que o entrevistador tem em mente;
- é apropriada e perfeitamente compreensível pelo sujeito entrevistado;
- foi pré-testada em sujeitos equivalentes aos da pesquisa proposta (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, p. 43).

Uma vez coletados os discursos sobre um determinado tema, via perguntas abertas, é necessário alinhavar os discursos individuais de forma que expressem e representem o pensamento de uma coletividade. É esta a missão a qual se presta o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) enquanto uma proposta metodológica de organizar e tabular os dados qualitativos de natureza discursiva quer sejam depoimentos, artigos jornalísticos, cartas, *papers*, entre outros. Este discurso da coletividade representa o **sujeito coletivo**, aquele que se enuncia através de um **eu sintático** ou de um sujeito suposto que representa as formas de pensar de uma coletividade, um pensamento social comum a um grupo de indivíduos. Assim, o DSC tem por objetivo iluminar, destacar ou identificar as peculiaridades do pensamento de um mesmo imaginário social (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003).

O DSC é estruturado enquanto uma metodologia para pesquisas científicas reconhecível via identificação e seleção das seguintes figuras metodológicas implícitas nos discursos:

- Expressões-chaves (ECH): são trechos do discurso que revelam o essencial do conteúdo discursivo; visam resgatar o caráter literal do depoimento no que este tem de essencial. São “constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos

segmentos em que se divide o depoimento (que, em geral, correspondem às questões de pesquisa)” (LEFÈVRE, LEFÉVRE e TEIXEIRA, 2000, p. 18);

- Idéias Centrais (IC): é um descritor que revela de forma lacônica e fidedigna a essência, o sentido implicado no discurso. Aqui, renuncia-se à interpretação discursiva e busca-se, no seu lugar, o reconhecimento do que é estruturante e necessário à construção de um dado discurso. Pode ser compreendida “como a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos” (LEFÉVRE, LEFÉVRE e TEIXEIRA, 2000, p. 18);

As figuras metodológicas acima devem ser consideradas em suas inter-relações dialéticas. Só é possível identificarmos a IC de um conjunto de depoimentos mediante o reconhecimento das ECHs e suas respectivas ICs presentes no seio de cada discurso individual, mesmo que para isso seja necessário recomeçarmos a pesquisa a fim de colher discursos mais esclarecedores.

- Ancoragem (AC): é a construção ideológica na qual um discurso está apoiado para se legitimar. Consiste em identificarmos qual a ideologia orientadora de um determinado parecer discursivo. Assim, reconhecemos a ancoragem enquanto

(...) uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, (...), é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, *na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para ‘enquadrar’ uma situação específica* (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2003, p. 17);

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): diante do reconhecimento das figuras metodológicas acima expostas, um DSC se caracterizará por um discurso-síntese, na primeira pessoa do singular, construído pelas ECH que possuam a mesma IC e/ou AC. Daí emerge uma categoria de pensamento social ou seja, uma representação social. O DSC torna-se, então, uma figura discursiva de uma determinada representação social comum a uma coletividade de pessoas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

O DSC, portanto, é uma idiossincrasia do discurso coletivo; um signo de reconhecimento nos discursos individuais da presença de um discurso coletivo. Rompemos com o raciocínio cartesiano tradicional oferecendo uma forma mais dinâmica, rica e fidedigna para acessarmos as representações sociais. Oferecemos, também, um balizador do pensamento coletivo, um expediente de referência para o conhecimento e reconhecimento de pensamentos coletivos. Assim, o DSC enquanto uma proposta que atua “(...) como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com essa lógica quantitativo-classificatória na medida em que se busca *resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos*” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p. 19).

Quanto ao acesso e à análise das representações sociais, é possível reconhecermos três níveis distintos (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003):

- Nível descritivo: relato descritivo das respostas obtidas mediante uma dada pergunta aberta;
- Nível interpretativo: mediante o relato dado pelos pesquisados, o pesquisador irá tecer considerações sobre a gênese dessas respostas, suas causas e influências;

- Nível evolutivo ou pragmático: depende de uma adequada descrição das representações sociais, seguida de uma boa interpretação destas para então se proceder ao nível pragmático que visa produzir inferências nas representações sociais descritas e interpretadas.

Os pesquisadores que se dedicam à investigação das representações sociais via DSC podem

(...) trabalhar em cada um desses níveis, mas se pensa assim: deve-se sempre considerar as questões pertinentes a cada nível e sua necessária progressividade, ou seja, que para procurar influenciar na evolução da representação é preciso ter passado pela interpretação dos seus porquês e, para isso, é preciso ter adequadamente descrita a substância ou a literalidade da representação (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, P. 31).

A construção de DSCs cria condições para a emergência de um **discurso da realidade**, uma vez que apresenta literal e descritivamente as representações sociais. Possibilita também a produção de um **discurso sobre a realidade** mediante a interpretação do **discurso da realidade**. Esta pode ser feita pelos próprios entrevistados, uma vez convidados a se posicionarem frente aos seus DSCs; ou mesmo uma interpretação realizada por terceiros, por exemplo, o pesquisador embasado numa determinada teoria. Assim, no tocante às interpretações do DSC, há dois atores interpretantes possíveis:

O primeiro, na tradição do que se chama de etapa devolutiva na pesquisa qualitativa, teria como emissores os próprios sujeitos que constituem a população-alvo da pesquisa, aos quais seriam apresentados os DSC's obtidos na pesquisa, para que eles reajam produzindo um sig-

no-discurso-interpretante, que poderia estar representando o que esses sujeitos pensam do imaginário coletivo, feito com ou a partir de seus pensamentos e discursos.

O segundo interpretante teria o próprio pesquisador ou um sujeito acadêmico como emissores que, em face dos DSC's que apenas descrevem o pensamento coletivo, as representações sociais, passasse, com base na referencial teórico adotado, a tecer comentários interpretativos sobre o pensamento descrito (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, P. 29).

Fica evidente que nossa metodologia de pesquisa abre-se para a participação crítica e ativa dos pesquisados que, além de fonte de informações também podem assumir a função de interpretantes de suas próprias representações sociais caracterizando uma efetiva participação problematizadora nos temas ligados à Promoção de Saúde.

Agora que clarificamos a conceituação do DSC enquanto uma entidade teórico-metodológica, passaremos a análise dos mecanismos necessários para que seja possível compormos os discursos coletivos de forma adequada. Portanto, para procedermos à construção de um DSC é necessário considerar alguns princípios (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003):

- Questão aberta: dentro da perspectiva *pierciana* de semiótica, funciona para o DSC como um ícone, uma figura estimuladora que melhor representa a intenção de catalisar a produção de discursos sobre um dado tema. Assim a questão aberta torna-se o ícone estimulante de discursos e o sentido extraído de cada discurso torna-se o signo discursivo que, quando aliado a outros signos afins torna-se um novo objeto do qual se deve depreender um novo signo,

ou seja o DSC. Desta forma o pesquisador age como aquele que estimula a produção de uma fala do social (discurso-síntese elaborado a partir dos discursos individuais semelhantes ou complementares), um discurso socialmente compartilhado por um grupo de pessoas.

- Coerência: norteia a soma não matemática de trechos discursivos que origina um DSC. É necessário coletar os trechos discursivos norteando-se pelo princípio da coerência que visa somar as partes de um discurso de forma harmônica e lógica;
- Posicionamento próprio: diz da originalidade do discurso, daquilo que o especifica e identifica em relação a outros;
- Tipos de distinção entre os DSCs: diante de um determinado tema cuja resposta individual apresente mais de um DSC utiliza-se como critérios de distinção a diferença/antagonismo (quando se faz a apresentação dos DSCs de forma separada obrigatoriamente) e a complementaridade (neste caso é possível produzir-se conciliações entre os DSCs complementares na busca de um DSC síntese);
- Produzindo uma artificialidade natural: necessidade de subtrair dos discursos individuais as particularidades que o identificam com uma determinada pessoa mantendo apenas os trechos que remetem ao DSC.

Os mecanismos teóricos, expostos anteriormente, permite-nos compreender que o pesquisador funciona como uma instância catalisadora e organizadora do pensamento coletivo em que tal tarefa

(...) não diz respeito nem à matematização mecânica ou automática do pensamento coletivo, nem ao uso de metalinguagem; seu papel, ao

contrário, é bem outro: produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um indivíduo, e isso não por um passe de mágica, nem a partir de uma instância científica supostamente transcendente, mas, como manda o rigor científico, utilizando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados (passíveis, portanto, de crítica e contestação), construindo-se a fala do social com o material empírico proveniente de falas dos indivíduos, buscando, nas idéias centrais e nas expressões-chave, coincidentes ou semelhantes de discursos efetivamente existentes, um discurso compartilhado (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p. 29).

2. O Discurso do Sujeito Coletivo em ação

O DSC, conforme já foi explicado, é uma metodologia para coleta de dados em pesquisas que dependam de material qualitativo. Preserva o caráter dinâmico, essencialmente humano, e as condições originais da fala do emissor do discurso em seu contexto sócio-cultural que será identificado, conhecido e reconhecido via figuras metodológicas do DSC.

Preserva e sublinha, também, a literalidade, a forma de discursar e a espontaneidade que contextualiza o emissor em sua referência social e histórica. Reconhece o caráter socializante da produção e veiculação de pensamentos. Possibilita um contato mais íntimo e autêntico com as idéias e valores que permeiam o social. É um poderoso instrumento para a coleta de dados qualitativos e abstratos.

O uso dessa metodologia para pesquisa possibilita ao pesquisador criar um diálogo profundo e conciliador entre tratamento qualitativo e tratamento quantitativo de informações essencialmente qualitativas. Permite conhecer para qualificar e assim criar condições para interpretar e/ou quantificar quer sejam idéias, pensamentos ou representações sociais (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

Diversos pesquisadores no campo da Saúde Pública recorreram ao DSC para a coleta e tratamento de dados qualitativos. Destacamos, para ilustrar a vivacidade do DSC e suas múltiplas possibilidades de utilização, as seguintes produções acadêmicas:

MAZZA (2002) propôs-se identificar as representações sociais presentes nos cuidadores familiares de idosos, com mais de setenta anos, frente ao cuidado que prestam; VACCARI (2002) analisou as concepções diversas de gênero presentes entre adolescentes estudantes de ensino médio e profissionalizante a partir de uma leitura teórica sobre escolas promotoras de saúde; BONATO (2003) identificou as diversas percepções presentes entre profissionais da saúde frente à temática qualidade em saúde; TEIXEIRA (2003) estudou a concepção que os profissionais da saúde têm frente ao envolvimento religioso e espiritual para os pacientes idosos com doenças crônicas;

FIGUEIRA (2003) investigou as relações entre o campo sanitário e o campo religioso no contexto da pandemia da AIDS; BERGER (2003) estudou a representação social da aposentadoria entre trabalhadores regidos pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho – do quadro de funcionários da Faculdade de Saúde Pública da USP em fase de aposentarem-se; CAMPINAS (2003) buscou identificar e analisar o processo de acolhimento dos usuários portadores de tuberculose de uma Unidade de

Saúde da Família e de um Ambulatório de Especialidades Médicas; ANJOS (2004) estudou o perfil dos doadores de sangue do Hemocentro de Botucatu (SP) com a intenção de promover melhoras na qualidade do sangue doado;

Como podemos perceber, o DSC é uma metodologia que já atua estrategicamente em diversas pesquisas acadêmicas colaborando para a busca de respostas às questões próprias da Saúde Pública. Estas atestam, não apenas sua aplicabilidade científica mas também, a riqueza oferecida por essa metodologia qualitativa que permite, inclusive, a quantificação de dados qualitativos sem tornar-se reducionista.

Estamos, agora, diante de um novo desafio ao DSC uma vez que nos propomos relacioná-lo com o exercício da teatralidade enquanto uma junção que permite a comunicação dinamicamente interativa para ações de Educação em Saúde. O desafio é pioneiro pois propõe a conciliação entre ciência e arte, uma interdisciplinaridade criativa e abrangente porque reconhece a multiplicidade de elementos comportamentais do Ser Humano sem desconfigurá-lo ou aliená-lo em categorias estanques de pensamento.

No contexto de uma produção teatral para Educação em Saúde Pública, conforme propomos, o Discurso do Sujeito Coletivo pode ser utilizado das seguintes maneiras:

- Contexto dramático: a coleta sistemática de discursos sobre um tema a ser dramatizado possibilita a apreensão do imaginário social. No nosso caso, permite ainda a identificação acerca de temas relevantes para a saúde que irão orientar a construção teatral do contexto em que uma determinada encenação se apoiará.

- Produção de textos: o diálogo entre os personagens, suas paixões, dúvidas e certezas podem ser colhidos nos discursos presentes no imaginário social facilitando assim a proximidade com a realidade sócio-cultural a ser problematizada teatralmente;
- Avaliação do impacto causado pela representação teatral na representação social: após a apresentação de uma peça teatral, a platéia poderá ser inquirida acerca de suas impressões sobre o tema discutido em cena. Poderão, assim, produzir novos discursos sociais, ou seja, poderão criar um diálogo crítico onde a representação teatral colhe da realidade uma representação social, transforma-a esteticamente em cenas e devolve-a ao social para que este implique uma nova representação social ao tema encenado. Criamos portanto, uma via de mão dupla, interacional e horizontalizada onde os saberes sociais e científicos acerca da saúde se articulam e se organizam em favor de uma *práxis* social crítica e transformadora.

Essas três possibilidades de interação entre DSC e exercício da teatralidade produzem uma situação dinâmica de troca do conhecimento e transformação dinâmica da comunicação de valores sociais em saúde. As representações sociais serão concretizadas em ações teatrais, tornar-se-ão visíveis e moldáveis mediante a reflexão crítica e a intervenção cênica. O teatro, configura-se aqui, num “laboratório social e científico” destinado ao conhecimento problematizante das representações sociais de saúde a ser manipulado pelos próprios atores sociais convertidos, pela força teatral, em agentes transformadores da realidade em que vivem. Podem, portanto, identificar e redefinir as diretrizes ideológicas que promovem a opressão substituindo pela bus-

ca de uma postura crítica das relações entre as demandas da saúde e as demandas da sociedade.

BOAL oferece, com sua Poética do Oprimido (1991), o exercício da teatralidade enquanto um ensaio para a transformação da realidade, por isso repleto de preocupação educativa. LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003), com a formulação do DSC, oferecem um recurso metodológico que garante a autenticidade e vivacidade expressiva na coleta e análise de representações sociais por preservá-las em suas características dinâmicas, isto é, por mantê-las enquanto discursos sociais vívidos. A união destas estratégias cria condições de enriquecimento mútuo por conferir teatralidade aos discursos sociais e, por garantir atualidade ao produto teatral destinado e justificado pela ação educativa desopressora.

PROMOÇÃO DE SAÚDE: BASES CONCEITUAIS PARA UMA COMPRE- ENSÃO CONTEXTUAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA.

O uso da expressão **Promoção de Saúde**, apesar de carregar o *status* de uma inovação conceitual, está historicamente inscrito dentro do campo de reflexão e ação em Saúde Pública:

A Promoção de Saúde pretende ser um novo modo de compreender a saúde e a doença e um novo modo dos indivíduos e das coletividades obterem saúde não porque constitua uma “novidade” (até porque a Promoção da Saúde faz parte da história da Saúde Pública). A Promoção de Saúde representa o novo porque procura conceber a saúde como negação da negação (isto é, da doença), o que significa, no final do processo, encontrar um *novo* (e não o mesmo) equilíbrio na relação homem-homem e na díade homem-natureza” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003, p.31 e 32)

A Promoção de Saúde, no que detém de inovador e transformador das práticas coletivas em saúde, pode ser identificada historicamente a partir do marco conceitual proposto pelo Informe Lalonde, documento produzido em 1974 pelo então Ministro da Saúde Canadense Marc Lalonde. Neste relatório podemos destacar a seguinte reflexão:

(...) até agora quase todos os esforços da sociedade enviados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificam as principais causas de morbi-mortalidade no Canadá, chega-se a conclu-

são que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida. (MS, 1996, p. 4)

Com a compreensão de Promoção de Saúde presente nesse relatório, surgiram novos precedentes políticos e conceituais viabilizando reflexões entre os profissionais de saúde, em escala mundial. Isto permitiu a produção de diversos documentos que ampliaram as ações para um contexto multisetorial, interdisciplinar e transnacional.. Tais documentos, em geral, buscaram reconhecer a importância de outros atores sociais na busca de melhores condições de saúde pública: diferentes setores governamentais, empresas, organizações não governamentais (ONG's) e participação popular.

Dentre esses documentos e declarações destacaremos os seguintes: Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata (1978), Carta de Ottawa sobre Promoção de Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1988), Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1991), Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde na Região das Américas (1992) e a Declaração de Jakarta sobre Promoção de Saúde no Século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1997 (MS/BRASIL, 1996).

A Declaração de Alma Ata, substrato produzido na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde realizada em 1978, apresentou a importância do envolvimento de outros setores no setor da saúde: educação, cultura, assistência social, entre outros. Destacou a necessidade de atermo-nos à atenção primária e interseto-

rial no que esta se refere à educação, alimentação, saneamento básico, saúde materno-infantil, imunizações de doenças, prevenção de endemias e o uso racional de medicamentos. Buscou reconhecer a importância do uso adequado das tecnologias de saúde que favorecessem a ação comunitária, a autodeterminação e a responsabilização das pessoas e coletividades nas ações dentro do campo da saúde (MS/BRASIL, 2001).

A Carta de Ottawa, documento produzido na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1986 no Canadá, foi a declaração internacional que mais influenciou as concepções de saúde e doença e as práticas contemporâneas em Saúde Pública. O território de reflexão oferecido, norteia Políticas Públicas nos mas diversos locais do mundo. O campo da saúde é desenhado pela compreensão da Promoção de Saúde como:

(...) o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (MS/BRASIL, 1996, p. 11).

Na base dessa concepção, a participação popular é entendida como instrumento fundamental na formulação de políticas e práticas de saúde onde as pessoas:

(...) devem envolver-se nesse processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal da saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade. (MS/BRASIL, 1996, p. 13).

A Carta de Ottawa compreende a saúde enquanto um conceito positivo constituído por um feixe intrincado de recursos sociais, pessoais e orgânicos. Reconhece, também, a importância central da participação popular no planejamento, execução e

acompanhamento das políticas públicas da Promoção de Saúde. Identifica os recursos e requisitos necessários a tais políticas: a equidade, a criação de ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde (BUSS e IGNARRA, In: MS/BRASIL, 1996).

A Declaração de Adelaide, produzida na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Austrália em 1988, reforçou os conceitos básicos da declaração anterior e priorizou a discussão sobre as Políticas Públicas saudáveis, entendendo-as enquanto

(...) interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável, para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas conseqüências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam também dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos (MS, 1996, p. 20).

Com essa compreensão de Políticas Públicas saudáveis, embora genéricas e extremamente ideais, a Declaração de Adelaide reconheceu os seguintes setores sociais como sendo os prioritários na lista dos assuntos de saúde sobre os quais se deve

produzir ações concretas e urgentes: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis.

Em Sundsvall, na Suécia, realizou-se a III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde no ano de 1991. Esta antecedeu a Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento que ocorreu em 1992 no Rio de Janeiro. Devido a esta proximidade temporal, a Declaração de Sundsvall foi fortemente influenciada pela preocupação com a criação de ambientes favoráveis à saúde:

No contexto da saúde, o termo “ambientes favoráveis” refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos pra viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão. As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde têm diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Estas dimensões estão inextricavelmente ligadas em uma interação dinâmica. As ações precisam ser coordenadas tanto no nível local, como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis (MS/BRASIL, 1996, p. 34 e 35)

Em 1992, na cidade colombiana de Santafé de Bogotá, ocorre a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na região das Américas. O foco desta conferência era discutir as particularidades das condições de saúde nas Américas em desenvolvimento.

Essa conferência revisita as discussões da Carta de Ottawa reconfigurando-as ao contexto da América Latina. Assim, das proposições delineadas na Declaração de Bogotá, destacamos: a equidade social, o exercício da democracia, a cidadania, a participação popular, o combate a miséria e exclusão social, a reorientação dos serviços de saúde; e o diálogo entre os setores sociais em destaque a educação, cultura, saúde, desenvolvimento social, informação e comunicação.

A Declaração de Bogotá estabelece os seguintes compromissos políticos: desenvolver cultura de saúde, avançar no combate aos fatores determinantes do adoecimento (sejam eles políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos), convocação de todas as forças sociais envolvendo-as na Promoção de Saúde, incentivo às políticas públicas saudáveis, redução de gastos improdutivos (armamento militar, desvios de verbas públicas, burocracia e desperdícios), fortalecimento da participação popular, combate à iniquidade contra a mulher, estímulo ao diálogo interdisciplinar em saúde, estímulo ao estudo e desenvolvimento de tecnologias promotoras de saúde (MS/BRASIL, 1996).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Jakarta (1997), produziu a Declaração de Jakarta versando sobre Promoção de Saúde no século XXI em diante. Centra sua discussão no reforço das ações comunitárias proposta pela Carta de Ottawa refletindo-as no contexto de globalização. Para tanto reafirma os vínculos existentes:

(...) entre saúde e desenvolvimento e, sobretudo, a contribuição da saúde para o desenvolvimento, (...) enfatiza o surgimento de novos determinantes da saúde, destacando os fatores transnacionais: a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação,

assim como a continuação da degradação ambiental, apesar de todos os alertas internacionais feitos sobre este tema em particular (BUSS, 2003, p. 31).

Recheada de reafirmações da Carta de Otawa, resgata também a importância da participação popular e do *empowerment*¹² sobretudo no que se refere ao acesso às informações e Educação em Saúde.

Ainda há outras declarações mundiais e locais sobre Promoção de Saúde as quais não abordamos aqui. Vale ressaltar que todas elas são fortemente influenciadas pelas declarações apresentadas até então, sobretudo pela Carta de Otawa que pode ser considerada a matriz conceitual de todas as outras (CZERESNIA e FREITAS, 2003). Apresentaremos agora considerações sobre conceitos estruturais presentes na compreensão da Promoção de Saúde enquanto um conceito rico de interpretações diversas e muitas vezes divergentes. A nossa intenção é identificar e delimitar nossa compreensão sobre tais conceitos.

1. Promoção de Saúde: conceitos centrais e articulações teóricas

Diante do que apresentamos, acerca das declarações internacionais sobre Promoção de Saúde, destacaremos alguns conceitos centrais bem como nossa compreensão dos mesmos. São eles: Políticas Públicas, democracia, cidadania, participação popular, noção de saúde e Educação em Saúde.

Entendemos como **Políticas Públicas**, aquelas que contemplam aos seguintes requisitos:

¹² **Empowerment**: refere-se à preocupação de reconhecer e reforçar a força política das pessoas, comunidades e setores da sociedade para a participação na formulação de Políticas Públicas. Este conceito envolve também o desenvolvimento de ações educativas afirmativas e críticas que possibilitem a participação popular (MS/BRASIL, 1996).

- A política pública, nome mais utilizado na América Latina, representa aquilo que o governo opta por fazer ou não fazer, frente a uma situação.
- A política pública é a forma de concretizar a ação do Estado, significando, portanto, um investimento de recursos do mesmo Estado.
- Admitindo-se delegar ao Estado a autoridade para unificar e articular a sociedade, as políticas públicas passam a ser instrumento privilegiado de dominação.
- A política pública, ao mesmo tempo que se constitui numa decisão, supõe uma certa ideologia da mudança social, esteja ela explícita ou não na sua formulação.
- Essa decisão é o resultado do compromisso de uma racionalidade técnica com uma racionalidade política (FREITAS e PAPA, 2003, p. 14 e 15).

Atualmente, com o fenômeno da globalização incidindo sobre todas as nações, a compreensão deste conceito esta aliada às demandas contemporâneas do capitalismo mundializado. Torna-se necessário compreender a Política Pública como *uma instância da vida de um país que é fortemente influenciada pelas relações econômicas e demais demandas produzidas em escala mundial*. Compreendemos, dentro deste contexto, os conceitos de democracia e de cidadania bem como todos os outros conceitos a serem apresentados.

Segundo FLEURY (1992), há dois modelos de compreensão da **democracia**, o modelo liberal e o modelo participativo que definirão duas conceituações distintas de cidadania. Nas palavras da referida autora, compreendemos que:

Em um modelo liberal a democracia é concebida estritamente como sistema político e, por analogia ao mercado, o cidadão é tomado como consumidor e o Estado como distribuidor, enquanto a democracia se confunde com um Mecanismo de concorrência interpartidária.

Em um modelo de democracia participativa pressupõe-se a ampliação do espaço político para a sociedade civil, com ênfase na mobilização e consciência populares, no sentimento de comunidade e no papel do cidadão como sujeito/ agente do processo de diminuição das desigualdades econômicas e sociais.

A democracia, então, ademais de um conjunto de regras formais de exercícios do poder político, é o *locus* de articulação das mediações entre Estado e sociedade.

A cidadania é, pois, a mediação que dá organicidade a esta relação, na medida em que, para além ou em negação à fragmentação das classes na estrutura social, articula o conjunto de indivíduos de uma nação ou Estado representativo, assegurando-lhe a legitimidade necessária ao exercício do poder (p. 29 – os grifos são nossos.).

Compreendemos que o **modelo de democracia participativa** é o que mais se afina com as discussões sobre Promoção de Saúde por reconhecer a necessidade de envolvimento dos diversos atores sociais num exercício efetivo da cidadania. Apesar disso reconhecemos a influência dominante do modelo de democracia liberal no delineamento e execução das Políticas Públicas bem como da penetrância deste nas ações “cidadãs” da sociedade civil. Isto porque as práticas e serviços de saúde estão estrategicamente calcados nas demandas do mercado globalizado que faz com que a noção de saúde desloque-se de seu foro original e migre política e economicamente,

via produção midiática de sentidos, para uma relação estritamente reducionista e mercadológica.

LEFÈVRE (1991) apresenta de forma clara e sucinta essa discussão analisando as intersecções entre mercado, saúde e produção de sentidos. Mostra-nos que a saúde na contemporaneidade é colocada no lugar de produto em que as noções de democracia e cidadania são estirpadas em favor do mercado e do consumo:

A saúde aparece, hegemonicamente, na prática, como uma mercadoria. Ou melhor, ela toma a forma, no modo de produção capitalista e em nosso país, de mercadorias propiciadoras de saúde: Golden Cross é saúde, Hepatovis é a saúde de seu fígado, a consulta médica é saúde.(...)

Mas ao lado, ou em decorrência do seu caráter de mercadoria, a saúde aparece como coisa: é o processo de reificação da saúde. Ela toma a forma hegemônica de uma coisa concreta, deixando eclipsada a sua dimensão de relação (com o social, com o comportamental).

A saúde, então, estreita-se, afunila-se, reduz-se, enfim, transforma-se de Condição Humana Prévia, Preliminar, em Mercadoria (o medicamento é uma delas). A saúde é, assim, expropriada – e esta expropriação é um lento processo histórico – da sua condição de Premissa Existencial para ser (apenas) recuperada e recuperável num mercado de bens e consumo (p. 20 e 21).

Ressaltamos que todas as documentações internacionais, embora alicerçadas em dados concretos da realidade da saúde no mundo, são extremamente idealizadas e carecem de uma delimitação conceitual consistente. Para nosso referencial teórico é significativo entender hodiernamente a Promoção de Saúde, contextualizada num mundo globalizado e mediante um modelo de democracia participativa, como

(...) uma possibilidade concreta (ainda que, realisticamente, considerando as atuais circunstâncias, difícil de ser concretizada) de ruptura de paradigma no campo da saúde, a sua novidade consiste na recuperação (em novas bases, levando em conta a realidade objetiva da sociedade globalizada e informatizada e as aquisições teóricas da chamada pós-modernidade) daquilo que foi e continuará sendo a utopia norteadora da Saúde Pública na sua versão progressista, ou seja, inferir – a partir do setor saúde, mobilizando o conhecimento técnico específico acumulado historicamente no campo sanitário – no processo saúde-doença como signo ou indicador de desarmonia, desequilíbrio importante e estrutural nos modos de produzir, viver, morar e, de um modo geral, nas relações do homem consigo mesmo, com os outros homens, com a natureza, utopia esta que perdeu-se, progressivamente, com a consolidação, no mundo contemporâneo, em decorrência das características estruturais deste mesmo mundo, de uma medicina e uma Saúde Pública de base tecnológica, alicerçadas ambas numa visão estreitamente biomédica da doença, vista numa condição adversa a ser unicamente enfrentada pelo consumo individual e coletivo de produtos e serviços (tanto de natureza curativa quanto preventiva), crescentemente sofisticados (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004, p. 31).

Entendemos que esta compreensão revisita as origens etimológicas das palavras promoção, saúde e doença ao contextualizá-las mediante as dinâmicas ideológicas, sociais, econômicas e culturais contemporâneas que são extremamente intrincadas e coadjuvantes. Conforme apresentam o etimólogo CUNHA e colaboradores (1982) quando identificam a palavra promoção enquanto o ato de impulsionar em uma determinada direção, causação de um acontecimento ou mesmo força de origem

para as ações. Saúde traz em si um ideal de que haja um estado de salvação, de bem estar a ser alcançado ou mesmo a busca de um estado (enquanto condição) de são (livre de sofrimento). Já a palavra doença carrega o signo do sofrimento, das situações e sensações que causam mal estar, desconforto, dor.

Podemos dizer que, em tempos de mundialização, a Promoção da Saúde refere-se ao conjunto de forças, atores, disciplinas e setores sociais convocados e integrados enquanto forças propulsoras, causadoras ou desencadeadoras de bem estar (seja social ou individual) decorrente do combate estratégico às origens do sofrimento humano naquilo que têm de excludente, iníquo e desarticulador das forças sociais e produtivas.

Portanto, Promoção de Saúde é, e sempre será, um movimento contra a hegemonia da manipulação econômica, do autoritarismo, da opressão e da concentração de riquezas e poderes. Daí, emergem todas as intersecções desse conceito com as práticas presentes em todas e quaisquer questões das sociedades, sejam elas específicas a um determinado grupo social, referente às coletividades ou mesmo com amplo e impactante espectro político e transnacional.

Reconhecemos também que o planejamento em saúde, esfera política importantíssima à Promoção de Saúde, constitui-se na grande instância articuladora de práticas, porém comumente com um forte teor de autoritarismo conforme PAIM (2002) defende

Considerando-se o autoritarismo impregnado às práticas de saúde, conviria exercitar, presentemente, uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas. Tal exercício só teria sentido e validade na medi-

da em que o avanço das forças democráticas e populares conseguisse *realmente* por em crise o autoritarismo do planejamento (...).

A questão do planejamento não parece fugir dessas ponderações. O seu caráter autoritário ou democrático não parece fugir dessas ponderações. O seu caráter autoritário ou democrático não parece depender de nenhuma fatalidade histórica nem de uma perversão da ideologia tecnocrática. O planejamento, ainda que possa ser utilizado presentemente pelos agentes da “modernização-conservadora”, tem potencialmente a possibilidade de servir à parte que “não sabia” – as forças democráticas e populares (2002, p. 35 e 36)

Todas as Conferências, Cartas e Declarações Internacionais de Saúde recorrem à preocupação de envolver decisivamente as pessoas para que participem dos processos de formulação, implantação, desenvolvimento e acompanhamento das ações em Saúde Pública. Em cada sociedade, as diversas coletividades privadas de reconhecimento e participação devem ser convocadas a premirem politicamente para gerarem melhorias nas condições de saúde (MS, 1996).

A participação popular será compreendida e convocada à ação dentro desse feixe ideológico. Diz daquela parte da população que não exerce seu *quantum* de poder político de forma proativa, portanto não participa do planejamento das políticas públicas, ficando somente na condição passiva de usuários, pacientes.

Focamos a atenção na participação popular, enquanto agente legítimo e indispensável à formulação e desdobramentos das Políticas Públicas de Saúde, não somente meros “beneficiários” ou pacientes. Emergem daqui as discussões que empreendemos sobre comunicação e informação em saúde, Educação em Saúde e suas articulações com o exercício da teatralidade. Buscamos estratégias de combate, ou ao

menos minimização, das opressões que impedem a participação popular, retirando da cena política, portanto, atores-chave para uma legítima Promoção de Saúde.

2. Comunicação e informação em Saúde

Embora sejam palavras próximas, a informação e a comunicação, são entendidas, aqui, distintamente. Segundo o Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1998) comunicação refere-se “(...) 1. ao ato ou efeito de comunicar(-se); 2. Ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual” (p. 165). E informação significa “(...) 1. Ato ou efeito de informar(-se); informe. 2. Dados acerca de alguém ou de algo. 3. Conhecimento, participação. 4. Comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público. 5. instrução, direção (...)” (p. 361)

Fica claro que, embora o termo informação contenha em si o termo comunicação, tais palavras são distintas e diferem no tipo de relação que estabelecem com o receptor de uma dada mensagem. Enquanto a *comunicação* visa pura e simplesmente a passagem de mensagens para o convencimento, via os mais variados métodos de comunicação (rádio, televisão, folder, livro, etc), a *informação* tem a demanda de instruir, ensinar e estimular a participação via intercâmbio de conhecimentos entre emissores e receptores de uma comunicação. O primeiro termo pressupõe a passividade do receptor e não se preocupa com a formação de conceitos senão daqueles necessários à eficiência da comunicação; já o segundo termo responde à demanda de

agregar valores, possibilitar a reflexão e o diálogo tendo a comunicação como veículo útil para tal feito.

As representações sociais da saúde comumente produzidas pela mídia dizem de uma ação de comunicação em saúde angulada pelo interesse mercadológico perante as necessidades e sofrimentos pessoais e/ou coletivos. Aqui a saúde atinge o o registro de símbolo, signo de comunicação a ser desvirtuado em “coisa” para que os fins comerciais sejam alcançados:

(...) se a saúde é, como acreditamos, uma mercadoria, isto é, uma coisa que se compra, então essa saúde tem um nome ou, melhor, deve ser vista como atributo de um nome próprio (*Saúde Bradesco; Hepatoviz, a saúde do seu fígado; Iogurte Danone, sua dose diária de saúde; Golden Cross, saúde em boa companhia, etc*) que representa a marca de um produto através do qual se vende saúde. Mais especificamente, a mercantilização da saúde e da doença se traduz na utilização de um nome próprio ao qual se segue um “apelido” que permite que se associe ao nome próprio a idéia de “saúde” (ou de expressões metonímicas de saúde como “a dor sumiu” ou “feita sob medida para a sua enxaqueca”) sugerindo, ao mesmo tempo, que a associação nome-saúde não é arbitrária, mas verificável; como se, subrepticamente, estivesse a propaganda de Doril dizendo ao receptor: “Tome Doril e veja você mesmo como sua dor some” (LEFÈVRE, 1999, p. 70 e 71).

A *comunicação* traz em si um caráter autoritário de convencimento e sedução (não raro de forma sutil) e, aí também difere da *informação* pois esta exige cuidados éticos e técnicos mais acurados perante o receptor, alvo a ser estimulado para a produção de inferências. A preocupação, no ato de informar, não será causar necessida-

des ou favorecer associações reducionistas entre saúde e uso de um determinado produto de consumo. A *comunicação* é elevada a uma ação participativa, mais profunda e criticamente transformadora sobre saúde em que os conhecimentos técnicos e científicos devem ser repassados de forma cuidadosa, adaptada e qualificada:

Caso isso não aconteça, toda a eficácia, em termos de Promoção, da ação informativa tende a se perder porque, passada de um modo autoritário ou paternalista, a informação baseada na lógica epidemiológica e de saúde coletiva, não vai nunca conseguir penetrar e afetar as representações sociais fundadas na lógica do cotidiano, características do pensamento do senso comum, nem conseguir barrar o consumismo irracional, afetivo e reativo, patrocinado pela indústria da doença (LEFÈVRE, 2004, p. 53 e 54).

Uma vez expostas as diferenças entre *comunicação* e *informação* em saúde, discutiremos a Educação em Saúde enquanto conceito e prática que pode conter uma das duas expressões (com seus desdobramentos ideológicos bem como em suas inter-relações) discutidas aqui.

3. Educação em Saúde e a comunicação de informações

Diante de um sem número de questões endêmicas ou epidêmicas, a necessidade de aliarmos informação e comunicação massiva se torna um imperativo. Este desafio se impõe diante de demandas urgentes como o é a questão da dengue, pandemia do HIV, entre outros. Inevitável que a Educação em Saúde seja convocada para colaborar em ações do gênero. Torna-se necessário, destarte, conciliar comunicação e informação rechaçando uma preocupação mercadológica em favor de uma

maior qualidade técnica e informativa por isso denominamos comunicação de informações.

Entendemos por Educação em Saúde, no contexto da comunicação de informações em grande escala (televisão, rádios, peças publicitárias, manuais, etc), conforme BARROSO e colaboradores (2003) discutem o conceito questionando uma visão tradicional, paternalista e autoritária:

Durante muito tempo, a educação em saúde esteve associada a procedimentos didáticos de transmissão de conhecimentos em saúde, visando a adoção de hábitos de cuidado à saúde individual ou à higiene do ambiente. Essa visão sobre a educação em saúde era produzida e veiculada nos serviços de saúde que se inspiravam nos manuais que continham diretrizes governamentais voltadas para o controle e tratamento de doenças preveníveis por medidas de saúde pública: imunização e saneamento básico. Ainda hoje há instituições que se mantêm orientadas por esta visão reducionista e positivista da educação em saúde e, naturalmente, da saúde da pessoa e da realidade social hoje. Ainda não se percebeu que as grandes transformações que a robótica, a biotecnologia e a comunicação via Internet introduziram no mundo das relações humanas e sociais propuseram novos e grandes desafios em nosso modo de viver complexa experiência educativa em saúde em um mundo de economia globalizada e de inversão de valores (p. 15).

A relação entre Educação em Saúde e a comunicação de informações, portanto, pode ser compreendida como uma intervenção normativa e autoritária frente às coletividades. O especialista em Saúde Pública (que pode até mesmo ser um educador...) está preocupado com a veiculação, em grande escala, de dados sobre a saúde

visando o convencimento coletivo para a mudança individual e grupal de comportamentos nocivos à saúde. Podem ser citados como exemplos as seguintes campanhas: combate ao fumo presentes nos próprios maços de cigarros, as campanhas periódicas de prevenção ao contágio pelo HIV, combate ao dengue, vacinação contra poliomielite, prevenção ao câncer de mama, combate às drogas, entre outras tantas campanhas.

Essas campanhas, diferentes das peças publicitárias que visam o alvo direto da lucratividade, têm uma forte preocupação com a passagem de informações ao grande público de maneira massiva. A generalização produzida, intrínseca ao autoritarismo sanitário patente, abre precedente aos sérios riscos de cair no vazio por não encontrarem ressonância nos ouvidos das coletividades. Tendem a carecer de subsídios para a identificação das pessoas por privilegiarem demasiadamente os dados a serem comunicados em detrimento do reconhecimento das realidades diversas em que estes dados serão informados no seio das coletividades.

A falta de reconhecimento das especificidades de cada estado, região ou mesmo cidades e suas regiões ou bairros implica num afastamento da sensibilidade do público-alvo para assimilar os dados a serem veiculados numa ação de comunicação informativa de massas. Segundo LEFÈVRE (1991) toda prática de intervenção em saúde está submetida necessariamente às densidades e complexidades do sentido de saúde:

Dizer que este sentido é uma entidade complexa, equivale a dizer, pelo menos, que:

- a) Ele não se dá a conhecer facilmente, pelos indivíduos;

- b) É necessário dar condições (de clima psicológico, de confiança, de transparência, de identificação) para que os indivíduos revelem o seu sentir e o seu pensar profundos;
- c) Este sentir e pensar precisam ser analisados de tal forma que dessa análise resultem pontos de vista de categorias de indivíduos (ou pacientes ou consumidores) e não de indivíduos isolados;
- d) Estes pontos de vista de categorias de indivíduos precisam ser confrontados com os pontos de vista do social e do médico.

Lidar com o Sentido da Saúde implica também, sempre, um engajamento ideológico, mesmo que o educador dele não esteja consciente (p. 143).

Estas colocações permitem que nos aproximemos do uso de técnicas mais criativas e facilitadoras da identificação e promotoras de reflexão a serem estimulados no receptor. É mister que a comunicação de um dado material informativo seja realizada mediante uma maior proximidade da linguagem e campo de interesses próprios dos receptores-alvo, partindo-se do reconhecimento das representações sociais que lhes são afetas.

Para tanto, o DSC, conforme já discutimos, pode ter a preciosa função de identificar a linguagem mais acessível, as crenças e valores que permeiam um determinado grupo social ou coletividade. E, o exercício da teatralidade funcionará, então, como um instrumento que cria o ambiente adequado para a expressão das representações sociais e as transformações necessárias a estas para que se aproximem, adaptem e legitimem as informações de saúde a serem comunicadas. Também é possível entender o exercício da teatralidade como um foro de participação popular na produção de peças publicitárias destinadas à comunicação informativa em saúde.

PAIM (2002) avança ainda mais quando defende que:

A produção cultural, pelo menos da música popular brasileira, do cinema, do teatro, oferece vários exemplos de como os nossos artistas, os nossos intelectuais, se anteciparam, e muito, às indagações que nós, supostamente cientistas, trabalhadores da pesquisa na área da Saúde, viríamos fazer muito tempo depois, aqui no nosso país. Se dermos exemplos de problemas como os acidentes de trabalho, os bancos de sangue, os chamados menores “de” rua ou menores “na” rua, enfim, esses pontos, essas temáticas todas, já vinham sendo colocadas pela arte muito antes de nós, da academia, nos debruçarmos para investigá-las (p. 241).

Mais adiante, o referido autor, acrescenta que o reconhecimento da importância da produção cultural e artística:

(...) faz com que rompamos com a idéia de diagnóstico, de algo que está externo a nós, uma realidade congelada, e consigamos conceber uma interação entre sujeitos que têm vidas distintas, histórias diferentes, culturas diversas, e projetos políticos e sociais também diversificados (p. 243).

Acreditamos que estas reflexões são caras ao nosso estudo pois corroboram-no de forma clara e inequívoca. *É possível qualificar técnica e artisticamente (no sentido amplo das possibilidades estéticas do Ser Humano) a comunicação informativa em saúde , e mais que isso, torná-la mais poderosa e eficaz.*

4. Educação em Saúde enquanto prática libertadora e problematizante

A Educação em Saúde é pauta estrutural e essencial à Saúde Pública quer seja no campo epidemiológico, preventivo, curativo ou mesmo de Promoção da Saúde. São inúmeras as possibilidades de compreender a educação no contexto da Saúde Pública. BARROSO, VIEIRA e VARELA (2003) identificam algumas dessas possibilidades categorizando-as, conforme descrevemos na seqüência, em:

- **Pedagogia Tradicional:** voltada às ações preventivas visando mudanças nos estilos de vidas e criação de hábitos saudáveis. Preocupa-se, centrada na ação específica dos profissionais da saúde, com a facilitação da memorização e a transferência de informações ao público-alvo;
- **Escola Renovada (diretiva e não diretiva):** o educador é entendido como um catalisador da aprendizagem e estimulador da criatividade priorizando o respeito às diferenças individuais. Visa a formação de redes de ajuda mútua, o autodesenvolvimento de habilidades pessoais e o fortalecimento das pessoas rumo ao crescimento pessoal, interpessoal e intergrupar;
- **Pedagogia Tecnicista:** a formulação das ações educativas é função exclusiva do educador que, além de planejá-las, irá também executá-las e avaliá-las. Voltada mais especificamente para aconselhamentos, informação das massas e formação da noção de autocuidado;

- **Pedagogia Progressista:** o educador funciona como um mediador via relação dialógica¹³ onde o ato educativo também é um ato político e de transformação social. A visão do Humano é holística e convida o educando à participação intensa e crítica, indispensável à eficácia das ações educativas.

A esta última concepção da Educação em Saúde, fortemente influenciada pelo educador brasileiro Paulo Freire, é que nos alinhamos para dialogar com a Promoção da Saúde e o exercício da teatralidade.

PAIM (2002) entende que “(...) o processo de ensino deveria privilegiar atividades e meios que criassem ‘oportunidades dialógicas’ nas quais o conhecimento transmitido/apropriado pudesse ser discutido ou confrontado com as visões e projetos dos agentes de ensino (docentes, trabalhadores de saúde e usuários)” (p. 226)

Para BARROSO, VIEIRA e VARELA (2003) a Educação em Saúde é viável enquanto,

(...) área de conhecimento político-didático porque seu saber e seu fazer têm sido historicamente determinados pelas condições sociais e econômicas que produzem políticas públicas. O conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerem profissionais que assumam a função de educadores.

(...) reflexão-ação fundada em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos, exercício de espaço democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar em grupo, interferindo no con-

¹³ **Dialógica:** palavra muito usada pelo pedagogo brasileiro Paulo Freire. Refere-se à educação calcada em bases dialogais em que a relação entre educador e educando se dá mediada pelo diálogo horizontalizado onde se busca firmar a educação em bases democráticas e participativas rumo à problematização do mundo e das relações das pessoas entre si e com mundo em que vivem (FREIRE, 1981)

trole e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.

(...) como pluralidade de ações para promoção da saúde, necessita de estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (p. 34)

LEFÈVRE (2004) entende que a Educação em Saúde deve estar:

(...) em conformidade com os princípios da Promoção de Saúde, o objetivo é o fortalecimento das populações para que as coletividades e os indivíduos possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde-doença, é preciso lançar mão de uma pedagogia não-normativa e dialógica do tipo proposta por Paulo Freire (1972), que possa propiciar oportunidades de encontro e de troca entre o campo sanitário e o campo do senso comum e de fortalecimento do campo do senso comum (associações de pacientes, conselhos comunitários de saúde, etc) (p. 63).

Tanto PAIM (2002) quanto BARROSO, VIEIRA e VARELA (2003) e LEFÈVRE e LEFÈVRE (2004) afinam-se em suas idéias em torno da necessidade de reconhecermos a Educação em Saúde como um ato dialógico e transformador do Ser Humano enquanto indivíduos e coletividades.

Deparamo-nos, então, com o campo ideológico produzido pelo reconhecido pedagogo brasileiro Paulo Freire que foi relido e contextualizado por diversos atores da Saúde Pública. MANFREDI (1978) divide a obra de Paulo Freire em dois períodos complementares:

- No primeiro período detém-se na compreensão da educação voltada para a participação: “A educação é basicamente encarada como aquele processo que visa preparar o educando para participar, não só do ambiente social restrito (escola e comunidade), mas também das mudanças sociais que estariam ocorrendo na sociedade como um todo, ou seja, uma educação que instrumentalizasse o homem brasileiro para participar dos desafios de uma época de “trânsito” (p. 68).
- No segundo período o pedagogo brasileiro estuda mais detidamente o caráter libertador do processo educativo. Preocupa-se muito com a necessidade de libertar a relação educativa e os educandos da opressão nas relações de poder estabelecidas no seio social e cultural de um país.

Cabe-nos, agora, identificarmos os pontos de convergência da obra de Paulo Freire com nossa proposta de intervenção em Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana e de Saúde. Sublinhamos a importância de três de suas obras, quais sejam: “Pedagogia do Oprimido” (1981), “Pedagogia da Esperança – Um Re-encontro com a Pedagogia do Oprimido” (1992) e “Vivendo e Aprendendo – Experiências do IDAC em Educação Popular” (FREIRE e col., 1985).

Paulo Freire, aliado a um grupo de brasileiros exilados, desenvolveu o IDAC – Instituto de Ação Cultural, em Genebra (Suíça), como forma cultural de manterem-se politicamente sintonizados desafiando as angústias vividas no exílio. Segundo FREIRE e colaboradores. (1985):

O quadro de referência de nossa ação político-pedagógica foi a tentativa de viver e construir, em cada situação concreta, uma pedagogia do oprimido, isto

é, experimentar uma prática educativa em que, partindo-se sempre da realidade e dos interesses daqueles com quem trabalhávamos, buscávamos um processo de aquisição de conhecimentos e instrumentos que aumentassem seu poder de intervenção sobre a realidade. Esta opção de base pela educação como conscientização explica a diversidade de inserções e envolvimento concretos do IDAC e, ao mesmo tempo, a coerência de nossa metodologia de trabalho nos contextos mais diversos (p. 9 e 10).

O IDAC foi o veículo que permitiu aos autores desenvolverem diálogos e interações entre a Pedagogia do Oprimido e as mais variadas expressões artísticas e culturais presentes em diversos países além do país em que sediaram o referido instituto. As experiências do IDAC permitiram o exercício prático da visão “freiriana” de educação aplicada a outros contextos culturais e políticos bem distintos do que viviam no Brasil.

É indispensável destacar a compreensão distintiva de FREIRE (1981) entre educação bancária e educação problematizadora:

A opressão, que é um controle esmagador, é necrófila. Nutre-se do amor à morte e não do amor à vida.

A concepção “bancária”, que a ela serve, também o é. No momento mesmo em que se funda num conceito mecânico, estático, especializado da consciência e em que transforma por isto mesmo, os educandos em recipientes, em quase coisas, não pode esconder sua marca necrófila. Não se deixa mover pelo ânimo de libertar o pensar pela ação dos homens uns com os outros, na tarefa comum de refazerem o mundo e de torná-lo mais e mais humano.

Seu Ânimo é justamente o contrário – o de controlar o pensar e a ação, levando os homens ao ajustamento ao mundo. É inibir o poder de criar, de atuar. Mas, ao fazer isto, ao obstacularizar a atuação dos homens como sujeitos de sua ação, como seres de opção, frustra-os (p. 75).

A tendência, então, do educador-educando como dos educandos-educadores é estabelecerem uma forma autêntica de pensar e atuar. Pensar-se a si mesmos e ao mundo, simultaneamente, sem dicotomizar este pensar da ação.

A educação problematizadora se faz, assim, um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como *estão sendo* no mundo *com que e em que* se acham (p. 82).

A discussão conceitual exposta afina os questionamentos de Paulo Freire, acerca da educação autoritária e opressiva, aos questionamentos feitos por diversos estudiosos da Saúde Pública [FLEURY e col. (1992); PAIM (2002); BARROSO, VIEIRA e VARELA (2003); CZERESNIA e FREITAS (2003); FREITAS e PAPA (2003); LEFÈVRE e LEFÈVRE (2004)] quando se referem ao autoritarismo, paternalismo e assistencialismo presentes na maioria das práticas e políticas públicas brasileiras. Todos são coincidentes na certeza de que urge a adoção de práticas de Educação em Saúde problematizadoras e dialógicas.

5. Exercício da teatralidade, opressão e Educação em Saúde

Para que exista a participação popular, dentro dos parâmetros já discutidos anteriormente e dentro de uma prática problematizadora e desopressora, é necessário estabelecer novas formas educativas. A Educação em Saúde deve ser um agente es-

estimulador de reflexões que facilitem a interação das pessoas às demandas da saúde, qualificando-as a dialogar e identificar problemas em suas condições de vida para que reivindiquem seus interesses. É indispensável promover a qualificação de pessoas e comunidades num processo educativo intimamente relacionado com os princípios definidos pela Promoção de Saúde. Não é possível pensar a Educação em Saúde como um agregado de ações, mas sim como um contínuo diálogo reflexivo entre os diversos setores da sociedade que

(...) deve atender à perspectiva ampla da promoção da saúde e possuir características especiais, ou seja: precisa ser democrático, participante e problematizador. *“Precisa considerar a humanidade dos envolvidos, o saber popular, o seu valor específico e sua potencialidade de transformar e ser transformado em contato com o conhecimento científico (Westphal, 1998b)”* (PEREIRA et al, 2000, p. 43).

Todas as pessoas estão direta e intimamente implicadas na Promoção de Saúde, não é possível dispensar a participação de ninguém. As comunidades precisam pensar seus contextos de vida e procurar formas de potencialização de suas ações coletivas na busca de melhores condições de vida. É necessário educarmos de forma dialogal e agirmos pautados na problematização da realidade dentro de uma compreensão contextual. Demanda esta que impõe o reconhecimento necessário de que as ações de Educação em Saúde podem ser locais mas devem deter uma visão global deste processo e de seus determinantes.

A proposta educativa teatral elaborada por Boal vem ao encontro dessas demandas eliciadas pela Promoção da Saúde, na medida em que propõe formas de ca-

pacitação para a atividade política interativa, crítica e contextualizada com os valores de uma dada comunidade-foco.

No trabalho teatral, conforme os pressupostos da Poética do Oprimido, as encenações são fruto de um processo educativo que integra as demandas de um determinado grupo, ampliando as possibilidades de expressões humanas, promovendo o diálogo e a reflexão entre pessoas que buscam quebrar opressões sociais e culturalmente instituídas. É uma forma de educação imersa na construção política, uma metodologia de trabalho que permite o diálogo entre cultura, sociedade e demandas cotidianas da vida, permitindo que as pessoas expressem seus valores e crenças no jogo teatral. Nenhum valor humano é dispensável neste jogo que ensaia para a ação real, nenhuma linguagem é esquecida, o Ser Humano está livre para se expressar em sua inteireza.

Acreditamos que a vivência teatral é um poderoso instrumento de conscientização acerca das questões pertinentes à Promoção de Saúde, além de incitar as pessoas à concreção de seus desejos, sejam eles individuais ou coletivos. A experiência com grupos de adolescentes, mulheres negras e homossexuais demonstrou que o uso das técnicas de Augusto Boal facilita a discussão de questões existenciais, sociais, culturais e políticas justamente onde estas dialogam entre si: na atualidade do jogo das relações humanas.

Assim, conforme apresentamos na introdução, a identidade étnica de mulheres pobres transformou-se em ação dramática apresentada para a reflexão de suas comunidades de origem. Adolescentes buscaram um novo lugar social para existirem como adultos e experimentaram diversos papéis sociais; discutiram possibilidades de ser no mundo, questões de gênero e afetividade. Homossexuais que almejavam ma-

nejar os preconceitos conseguiram assumir suas identidades na sociedade, perante a família e atuar politicamente em grupos militantes de Direitos Humanos.

Todos os envolvidos num processo teatral experimentam a potencialização da Humanidade através da expressão cênica em tempos em que a reificação e a individualidade minam as relações sociais e dificultam a Promoção de Saúde. Numa época em que a produção imagética e de signos é extremamente marcante e norteadora de práticas sociais, como apresenta MEIJÍA

(...) nos encontramos frente a uma nova ordem simbólica, caracterizada por um grande consumo de signos e imagens, mas antes de mais nada, encontramos-nos frente a uma profunda semiotização da vida cotidiana, processos esses construídos na nova indústria cultural transnacionalizada. O interessante é que essa reorganização/reestruturação cultural traz consigo mudanças nas formas de VER-SENTIR-REPRESENTAR-AMAR (In: FREITAS e PAPA, 1994, p. 6).

A encenação teatral permite que as pessoas entrem em contato com as formas como a sociedade produz valores de saúde a partir de suas vivências cotidianas, podendo ampliar conceitos e despertar o espírito crítico, levando-as a entender a saúde de forma ampla:

À medida que se repensa o conceito de saúde, esta deixa de ser tão somente uma tarefa dos profissionais de saúde e o indivíduo não é visto isoladamente do contexto em que vive. A saúde compreendida enquanto recurso que pode favorecer as pessoas assumirem os destinos de suas vidas e da sociedade em que vivem, está vinculada à visão de que ela é tanto uma responsabilidade in-

dividual quanto uma responsabilidade política e social de uma dada sociedade (ROCHA *et al.*, In: CZERESNIA e FREITAS, 2002, p. 56).

A discussão de saúde em nossa sociedade está pautada pela preocupação mercadológica e, não raro, reduzida à indústria de remédios e tecnologias médicas e estéticas de cuidado com o corpo. O Ser Humano empobrece-se em favor do *status* de consumidor, deixa de ser sujeito do processo saúde-doença e torna-se objeto a ser estimulado para o consumo. Assim, vamos à contra-mão dos pressupostos propostos pela Promoção de Saúde, afastamo-nos de algo muito precioso que é a representação político e social das pessoas como produtoras de sentidos e necessidades o que transcende, em muito, as demandas de consumo propostas pelas sociedades capitalistas que exploram a carência, o negativo a ser evitado. Evita-se também, com a valorização do consumo, a reflexão acerca da importância do negativo no campo da saúde e das possibilidades de transformá-lo, incentiva-se evitá-lo com algum procedimento simbólico. Nesta perspectiva,

A saúde só passa a ter sentido, no contexto de uma sociedade alienada, dominada pela mercadoria, quando acoplada à doença, ou à ameaça de morte, ou à dor, ou ao desprazer, ou à feiúra, ou à fraqueza. São estas (e outras) condições negativas que fazem a saúde existir, com sentido, na sociedade da mercadoria, porque a lógica da mercadoria, que pontifica, é a negação do negativo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 1991, p. 38).

O arsenal do Teatro do Oprimido, com todas as técnicas apresentadas e discutidas, pode ser utilizado como mais um instrumento de qualificação de pessoas para a Promoção de Saúde. Funciona como um subsídio que lhes dá condições de contribuir para a concreção de uma sociedade mais saudável e equânime. É um instrumento que

possibilita o reconhecimento das pessoas em sua integridade de Seres Humanos, revitalizando o diálogo e a reflexão crítica para além do consumo de ideais de saúde. O exercício da teatralidade é um ensaio que permite a produção de novas formas de dialogar com a saúde onde as pessoas atuam direta e concretamente nesse processo.

CONCLUSÕES

O exercício profissional no campo da saúde, na perspectiva da Saúde Pública, coloca-nos diante de uma série de questões para além e aquém das nossas possibilidades de atuação, conforme exemplificado na introdução. Costumeiramente nossa prática está tão bem delimitada que se torna quase um olhar microscópico diante da imensidão de problemas essencialmente urgentes, corremos sempre o risco de perdemos a noção de contexto. Há demandas em excesso, frutos da miserabilidade Humana, e pouquíssimas possibilidades de atuação efetiva. De um lado a carência exacerbada e, do outro, tantas reflexões a serem feitas, tantos assuntos a serem estudados e mais profundamente desenvolvidos. O profissional que atua e reflete sobre sua atuação, coloca-se no ponto médio da interseção entre teoria e prática.

A vivência cotidiana com as mazelas da globalização confrontada com a obsolescência das práticas de Educação em Saúde Pública, juntas constituíram os principais motores deste estudo. Aceitamos o desafio de sistematizar um arcabouço teórico que sustente e consolide cientificamente o que a prática permitiu edificar. Buscamos uma pedra angular, uma referência teórica consistente que permitisse um diálogo profundo entre a teoria e a prática.

Os grupos que se formaram, brevemente apresentados na introdução, puderam refletir teatralmente sobre diversas questões de Saúde Pública: Aids, preconceito, cidadania, solidariedade, dignidade, melhores condições de vida, uso/abuso de drogas, entre tantos outros assuntos que se corporificaram e se espelharam no espaço estético, todos convocados à transformação. Ver rebrotar o senso crítico, o ímpeto pelas mudanças, a noção de auto cuidado e cuidado mútuo e a crença na capacidade

de melhorar a qualidade de vida mediante critérios gerados e geridos pelo exercício da teatralidade é ver o acontecer profissional sintonizado ideologicamente com a obra de nosso educador Paulo Freire. Esse lastro causa uma legitimidade ímpar à prática em Saúde Pública pela afinidade que tem com as mais atuais discussões nesse campo.

Percorremos, por esses motivos, uma rota de leituras, questionamentos e reflexões que desembocaram neste estudo. Primeiramente foi necessário visitar toda a teoria teatral de Augusto Boal. Estudamos o significado estético e funcional do teatro e suas propriedades: um espaço para a representação, para a projeção da metalinguagem do Humano, capaz de conter em si todas as potencialidades e aspirações; um lugar que dá visibilidade ao simbólico tornando-o plástico, dicotômico, dicotomizante e telemicroscópico.

Analisamos as mais diversas formas de utilização da linguagem teatral, onde o apelo educativo sempre está presente embora, raramente, se fizesse transformador. A contemporaneidade apropria-se de todas as linguagens estudadas:

- O Sistema Trágico-coercitivo Aristotélico ensinando pelo horror e pela catarse. O enfraquecimento dos Cantos Ditirâmicos em favor do desenvolvimento das normas estruturais de representação. O surgimento do protagonista e do antagonista (representações da aristocracia e suas aspirações/preocupações) e o coro (representação apagada do povo), a platéia tornando-se passiva e fora da cena teatral.
- As abstrações medievais para reforçar a fé reproduzindo e sofisticando a linguagem trágica;
- O uso do teatro para formação da identidade burguesa proposta pela Poética da Virtú. Maquiavel abandona o uso de personagens abstratos privilegiando a constru-

ção de personagens que apresentam *Virtú e práxis* burguesas. Os personagens tornam-se sujeitos da própria ação e adquirem traços de individualidade, discutem as relações entre Estado e Indivíduo;

- Hegel conferindo liberdade existencial aos personagens na busca do repouso harmônico da sociedade. Privilegia uma poética do individualismo, busca a empatia da platéia para causar catarse, reforçando, assim, os valores burgueses, raízes do neoliberalismo econômico;

- Bertold Brecht, um intelectual revolucionário, acredita poder incitar suas platéias pela transmissão, por osmose, de sua crítica social eivada pelo pensamento Marxista. Para isso, seus personagens tornam-se objetos sociais, frutos do contexto em que vivem. Esta poética representa a fala intelectual voltada para o proletariado;

- Augusto Boal, em sua *Poética do Oprimido*, faz a crítica política do caráter educativo autoritário, opressivo e dominador das poéticas anteriormente citadas. Propõe o retorno do povo ao palco, a alfabetização teatral de todas as pessoas, enfim, a união do teatro com a *Pedagogia do Oprimido* e a *da Esperança* desenhadas por Paulo Freire. Surgem diversas possibilidades de quebras com a opressão via exercício da teatralidade: o *Teatro do Oprimido* e suas variações, tais como, o *Arco-íris do Desejo* e o *Teatro Legislativo*.

Deste ponto evoluímos uma operação teórica de releitura e busca de intersecções entre a *Poética do Oprimido*, o *Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)* e a *Educação em Saúde* pelo viés da *Promoção de Saúde*.

O *Discurso do Sujeito Coletivo* entra em cena enquanto sistematizador de discursos coletivos que possam ser generalizados para fins teatrais. A sua capacidade de preservar a vivacidade das representações sociais permite alimentar os ato-

res/espectadores com subsídios textuais ricos e atuais. Permite-nos produzir um “mo-to-contínuo” entre busca de representações sociais da saúde e transformação crítica e reflexiva das mesmas. Enriquece a Poética do Oprimido ofertando-lhe material discursivo ao enriquecer-se por atestar a corporificação vívida deste material. Instaure, enfim, um ciclo em que educadores/educandos dialogam diretamente com educandos/educadores, para usar uma terminologia “freiriana”.

As questões de Promoção de Saúde, postas à luz das demandas contemporâneas, contextualizam nossa compreensão do exercício da teatralidade enquanto estratégia de Educação em Saúde.

Desenvolvemos a crítica do ideário, muitas vezes abstrato e demasiadamente amplo, da Saúde Pública visando a efetivação de uma democracia participativa no campo da Saúde Coletiva. Possibilitamos novos diálogos com a comunicação mercadológica da saúde e da doença; com a comunicação de informações de saúde em escala massiva e com as práticas tradicionais de Educação em Saúde. Buscamos edificar um referencial teórico para ações dialógicas e problematizadoras de Educação em Saúde em que o Ser Humano possa se expressar em sua inteireza.

Concluimos que, a aliança teórica aqui proposta permite-nos indicar que esta seja uma maneira efetiva de pensar e atuar na Educação em Saúde. Isto porque aliamos teóricos de áreas distintas mas ideologicamente afinados lastreando esta nova maneira de educar para a saúde de forma participativa, crítica, problematizadora e capaz de ensaiar a transformação da Saúde Pública deixando-a mais próxima e afinada com os ideais da Promoção de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury A, Knobel M e col. **Adolescência normal – um enfoque psicanalítico**. 4ª edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1985.

Aberastury A e col. **Adolescência**. 6ª edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1990.

Alvarenga AT. **A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica**. Revista Saúde e Sociedade. 1994; 3(2); 23 – 41;

Anjos GL. **Proposições para a melhoria da qualidade do sangue Hemocentro de Botucatu**. São Paulo; 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP];

Ayres JRCM; França Júnior I; Calazans GJ; Saletti Filho HC. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: Barbosa, RM e Parker R. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. p.77-85.

Banchs M. **Las representaciones sociales: un analisis comparativo**. Caracas: Servicio de Publicaciones, Escuela de Psicologia; 1985.

Barroso GT, Vieira NF e Varela ZM. **Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003;

Berger MLM. **Aposentados e livres... mas para quê?: os trabalhadores e a representação social da aposentadoria.** São Paulo: 2003; [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP];

Berger PL e Luckman T. **The social construction of reality.** Nova Iorque: Doubleday & Company; 1966;

Berzin J. **O teatro e o adolescente em conflito com a lei: análise do sentido de uma proposta sócio-educativa.** São Paulo; 2003 [Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP];

Boal A. **Teatro do Oprimido e outras poéticas políticas.** 6ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1991.

Boal A. **O arco-íris do desejo – método Boal de teatro e terapia.** 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1996a.

Boal A. **Teatro Legislativo.** Versão Beta. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1996b.

Boal A. **Jogos para atores e não-atores.** 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 1999.

Bonato VL. **Programas de qualidade em hospitais do Município de São Paulo.** São Paulo: 2003; [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP];

Buss PM e Ignarra RM. **Promoção da Saúde: introdução Às declarações internacionais.** (p. 5 – 10). Brasília: Ministério da Saúde; 1996;

Campinas LLSL. **O acolhimento ao doente com tuberculose: estudo comparativo entre uma unidade de saúde da família e um ambulatório de especialidades médicas, São Paulo/SP.** São Paulo; 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP];

Corrêa MESH. **Preenchimento da declaração de óbito: falta de informação?** São Paulo: 2002; [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP];

Cohen R. **Performance como linguagem.** São Paulo: Editora Perspectiva e Editora da Universidade de São Paulo; 1989;

Courtney R. **Jogo, teatro e pensamento.** São Paulo: Editora Perspectiva; 2001;

Cuenca AMB, Noronha DP, Ferraz MLEF e Andrade MTD. **Guia de Apresentação de Teses.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001;

Czeresnia D e Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.**Rio de Janeiro: editora Fiocruz; 2003;

Ferreira ABH e col. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1988;

Fleury S (org.). **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

Freire P. **Pedagogia da esperança – um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1991.

Freire P. **Pedagogia do Oprimido**. 9ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1981.

Freire P e col. **Vivendo e aprendendo – experiências do Idac em educação popular**. 8ª edição. São Paulo: Editora Brasiliense; 1985.

Freitas MV e Papa FC (org.). **Políticas Públicas – Juventude em Pauta**. São Paulo: Cortez Editora, Ação Educativa e Fundação Friedrich Ebert; 2003;

Figueira SMA. **Entre o corpo e a alma: as interrelações do campo sanitário com o campo religioso**. São Paulo: 2003; [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP];

Goldenberg M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record; 2002;

Ibanez Gracia T(org.). **Ideologias de la vida cotidiana. Psicología da las representaciones sociales.** Barcelona: Sendai; 1988.

Lefèvre F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez editora; 1991.

Lefèvre F. **Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem.** São Paulo: EDUSP; 1999.

Lefèvre F, Lefèvre AMC e Teixeira JJV (org.). **Discurso do Sujeito Coletivo – Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS; 2000;

Lefèvre F e Lefèvre AMC. **O Discurso do Sujeito Coletivo – um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos).** Caxias do Sul: EDUCS; 2003;

Lefèvre F e Lefèvre AMC. **Promoção de Saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: editora Vieira & Lent; 2004.

Lescura Y e Mamede MV. **Educação em Saúde: uma abordagem para o enfermeiro.** São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos; 1990;

Jodelet D. **As representações sociais.** Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001.

Manfredi SM. **Política: educação popular**. São Paulo: Edições Símbolo; 1978.

Mazza MMR. **Cuidar em família: análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso**. São Paulo: 2002; [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

MS/Brasil. **Ações na prevenção da transmissão sexual do HIV e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde; 1995.

MS/Brasil. **AIDS, drogas, DST – prevenir é sempre melhor**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996^a;

MS/Brasil. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde. 1996b;

MS/Brasil. **Manual do multiplicador: adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997;

MS/Brasil. **Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a;

MS/Brasil. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001b;

Moscovici S. **Introducion à la psicologia sociale.** Paris: Larousse; 1972.

Minayo MCS (org) e Deslandes SF, Neto OC e Gomes R. **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Editora Vozes; 23^a ed.; 1993;

Paim JS. **Saúde e Reforma Sanitária.** Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002

Santos RLP. **Impacto da diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) na qualidade de vida de doentes renais crônicos submetidos a esse tratamento.** São Paulo: 2003; [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP];

Seoane J. **Conocimiento y representacion social.** In: Mayor, J. (org.). *Actividad humana y procesos cognitivos.* Madri: Alhambra; 1985.

Sobrinho CM, et all. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa.**

Soczka LA. **A psicologia como representação social: as práticas psicológicas vistas pelos psicólogos.** Lisboa: Laboratório Nacional de Engenharia Civil; 1985.

Spink MJ (org.). **O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense; 1993.

Teixeira JJV. **O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde.** São Paulo: 2003; [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP];

Tobar F e Yalour MR. **Como fazer tese em Saúde Pública – conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004;

Vaccari VL. **Saúde sexual, escolas promotoras de saúde e relações de gênero: representações de adolescentes sobre masculinidades e feminilidades.** São Paulo: 2002; [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP];

Vala J. **Representações sociais: para uma psicologia do pensamento social.** In: Vala, J. e Monteiro, M. (orgs.). **Psicologia social.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1993.