

PAULA GANDOLFO COSTA

OFICINA DE LINGUAGEM NA SAÚDE COLETIVA:
uma experiência de atuação fonoaudiológica

Fonoaudiologia

São Paulo

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PAULA GANDOLFO COSTA

OFICINA DE LINGUAGEM NA SAÚDE COLETIVA: uma
experiência de atuação fonoaudiológica

**Dissertação de Mestrado apresentada à
Banca Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para obtenção
do Título de Mestre em Fonoaudiologia
- Programa de Estudos Pós-
Graduados, sob orientação do Prof. Dr.
Luiz Augusto de Paula Souza.**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

São Paulo

2006

À banca examinadora,

*Avec m s souvenirs, j'ai
allum  le feu [..]
(Charles Dumont)*

Aos que me apoiaram neste trajeto.

Meus agradecimentos

Ao Tuto, pelo carinho, pelas prazerosas aulas no programa e pela companhia na produção deste trabalho, mas, principalmente, pela sua paciência ao esperar o “corpo” do texto a fim de aparar as arestas. Foi um prazer imenso.

A Iza, querida e admirada professora, que acompanhou o amadurecimento da minha produção escrita. Um importante passo foi dado.

A Vera Mendes, por iniciar esta discussão e sempre trazer importantes contribuições, principalmente no exame de qualificação.

A Regina Yu, por importantes pontuações no exame de qualificação

Aos professores do Programa, pelas prazerosas aulas e contribuições ao trabalho. Obrigada Cláudia, Consuêlo, Suzana, Leslie, Silvia, Regina e Mauro Spinati (admirado e eterno).

A Marli, querida e solicitada por todos, sempre munida de muita competência, simpatia, amizade e carinho.

A Aline Ferraz, amiga e companheira em todos os momentos dessa fase que nunca iremos esquecer. Ótimas e produtivas foram as conversas ao telefone.

Às minhas amigas Renata e Maria José, as “agentes” mais divertidas e companheiras de um quarteto inesquecível.

Aos companheiros de aulas, Mauro Clara, Thaís Bueno, Valdete, Thaís Vilarinhos, Jú Passos e todos que fizeram desta turma a mais animada e companheira de todas.

Ao CAPES pela bolsa concedida para a realização dessa pesquisa.

A Andréia, Maurício e Luciana, por realizarem um excelente trabalho como terapeutas, por colaborarem com discussões produtivas para a realização deste trabalho, e, principalmente, pela amizade sincera em todos os momentos.

A minha querida amigona Feal, pelos momentos de angústia, de discussão e de criação, que se tornaram prazerosos e produtivos durante a realização das Oficinas. Querida, sua presença foi fundamental, valeu.

A todos os profissionais da unidade de saúde, que se envolveram e foram envolvidos na construção e desenvolvimento dessa atividade.

Às crianças e adolescentes participantes da Oficina, que trouxeram elementos fundamentais para as reflexões pontuadas na pesquisa.

Aos meus amigos e parentes que compreenderam minha ausência nos finais de semana e nos almoços de família.

Aos meus queridos primos que me ajudaram na formatação e design desse trabalho. E a Milvia e Paola, pela ajuda com a tradução.

Ao Raphael, meu irmão, pelo apoio, pela amizade, pela confiança na minha capacidade e por me amar. Obrigada pela nova família.

Aos meus amados pais, que sempre depositaram confiança nos meus passos, me apoiaram, tiveram paciência com meus momentos de stress, mas acima de tudo, sempre me amaram incondicionalmente. Eu amo muito vocês, sempre.

ABSTRACT

This dissertation focuses on an experience with Language Workshops using speech therapy techniques as part of an integral approach to health care assistance, aiming at establishing a link between community and health services. These Language Workshops act as a clinical instrument which is able to not only strengthen the involvement of participants with reading and writing by using a variety of oral and written practices, but also to re-elaborate their oral and written discourse. The research is designed as a case study using the situations experienced in the workshops which were part of the Family Health Program in the city of São Paulo between 2004 and 2005.

We came to the conclusion that the Language Workshop, if used as a clinical practice in public health, can increase one's contact with various discourse forms and lead to the enrichment of the targeted population's language competence. This could prove to help professionals find and deal with health issues related to the oral and written production and the teaching and learning processes. In addition, as it stimulates best discourse practices, it also increases the literacy level of the participants involved in the project.

Key Words: Integral Health Care Assistance; Family Health Program; Literacy; Workshop; Speech Therapy.

RESUMO

A dissertação trata de uma experiência com Oficinas de Linguagem, compreendidas aqui como dispositivo clínico fonoaudiológico, que se incorpora à construção da assistência integral à saúde, prática que, entre outras coisas, permite uma articulação entre o serviço de saúde e a comunidade.

As Oficinas de Linguagem em questão ocorreram no âmbito da atenção básica à saúde, e funcionaram como intercessor clínico capaz de ampliar a relação que os participantes estabeleciam com a leitura/escrita, bem como (re)elaborar o manejo com diversas práticas discursivas (orais e escritas). O design da pesquisa é de um estudo de caso sobre situações vivenciadas nas oficinas, que foram realizadas no Programa Saúde da Família (PSF), na cidade de São Paulo (entre 2004 e 2005).

Concluiu-se que a Oficina de Linguagem, como dispositivo clínico em saúde pública, favorece o contato, a circulação e a ampliação de práticas discursivas, ajudando no equacionamento e enfrentamento de questões de saúde implicadas com a produção oral e escrita e com os processos de ensino/aprendizagem. Além disso, por estimular a apropriação e intensificação de práticas letradas, produz ampliação do grau de letramento dos sujeitos participantes.

Descritores: Atenção Integral à Saúde; Programa Saúde da Família; Letramento; Oficina; Fonoaudiologia.

Sumário

Introdução	10
1. Atenção primária integral à saúde: integralidade enquanto cuidado em saúde	14
2. Letramento: um conceito para pensar problemas de saúde	24
2.1. A apropriação da escrita	28
2.2. O uso e a função da escrita	33
3. Conceituando a Oficina de Linguagem	37
4. Oficina de Linguagem: uma experiência no PSF	44
4.1. A polêmica: quem é mocinho e quem é bandido?	47
4.2. A campanha de vacinação	51
4.3. O teatro de bonecos	55
5. Atuação fonoaudiológica: considerações finais	62
Referências Bibliográficas	67
Anexos	69

Introdução

Ao trabalhar como terapeuta-estagiária de uma Unidade Básica de Saúde, no Programa Saúde da Família (PSF), me vi convocada a refletir sobre a possibilidade de descrever e analisar a experiência com a Oficina de Linguagem (doravante OL), que consiste num dispositivo clínico fonoaudiológico, que foi elaborado e vem sendo utilizado, de maneiras e com concepções diferentes, para lidar com transtornos relacionados com a linguagem oral e, principalmente, com a escrita, sobretudo – mas não só – com escolares, crianças e adolescentes.

O trabalho no PSF favoreceu a implantação do trabalho das oficinas, por várias razões, entre as quais se destaca o fato de que tal Programa – na experiência que será analisada – pauta-se pela noção de uma assistência integral à saúde, ou seja, práticas em saúde construídas a partir de relação estreita com os usuários, nascidas do acolhimento a suas reais necessidades de saúde, em função de suas condições e modos de vida. A experiência de construção da integralidade abre espaços para propostas e intervenções articuladas entre o serviço de saúde e a comunidade assistida.

Desta forma, por estar atrelada a um programa que busca garantir a integralidade, como forma de elaboração e efetuação do trabalho em saúde, pesquisar sobre a OL traz à tona algumas questões sobre o trabalho fonoaudiológico na atenção básica à saúde que, como se verá ao longo do texto, estimula certos horizontes e alternativas ao trabalho com a discursividade oral e escrita como estratégia da Fonoaudiologia na saúde pública. Na experiência aqui analisada, as atividades da OL decorrem de encaminhamentos das escolas da região, de alunos que apresentavam queixas

relacionadas ao processo de aprendizagem, principalmente, ligadas a supostas “incapacidades” de crianças e adolescentes em desempenharem adequadamente as tarefas escolares. Era perceptível que a escola buscava na Fonoaudiologia motivos que pudessem justificar o fracasso escolar. No entanto, as oficinas ajudaram a revelar o fato de que, em sua grande maioria, as razões das insuficiências apontadas pela escola não diziam respeito à incapacidades dos estudantes e sim a uma espécie de dessimetria entre as exigências da escola, em termos dos usos da leitura, da escrita e mesmo do discurso oral, com relação ao universo vivenciais em que tais usos apareciam para a clientela escolar.

A OL funcionou como dispositivo clínico e intercessor terapêutico, promovendo uma aproximação com diversos saberes, hábitos e valores desses escolares e, posteriormente, de outros usuários que passaram a freqüentar as OL, ajudando a criar alternativas coletivas e grupais de elaboração da relação com a leitura/escrita e de manejo com diversas práticas discursivas (orais e escritas).

Por este motivo, buscou-se na noção de letramento um pilar para fundamentar a discussão sobre práticas discursivas, principalmente, escritas. Esta noção nos permite pensar no tipo de relação que o sujeito estabelece com a escrita, os usos e funções que ele atribui a ela.

O objetivo desta dissertação foi sistematizar e compartilhar o trabalho da Oficina de Linguagem (OL) no Programa Saúde da Família (PSF). Do ponto de vista da metodologia, a pesquisa constitui um estudo de caso, configurado pela análise de uma experiência circunscrita: situações vivenciadas nas Oficinas, que contaram com a minha participação direta, tanto no processo de discussão, quanto na realização das mesmas. Desta forma, os registros

realizados foram atravessados, o tempo todo, por minhas impressões, reflexões sobre os fatos e acontecimentos vividos, traçando uma leitura singular do processo.

O texto foi organizado da seguinte forma: O primeiro capítulo, “Atenção primária integral à saúde: a integralidade enquanto cuidado em saúde”, situa o universo institucional no qual o trabalho se desenvolveu, descrevendo a questão da integralidade e contextualizando o PSF nesta proposta de atenção básica. O segundo capítulo, “Letramento: um conceito para pensar problemas de saúde”, inicia com uma reflexão sobre problemas de saúde relacionados a certos contextos sociais, que aparecem no serviço a partir de sintomas relacionados com alterações linguagem, oral e/ou escrita. Ainda neste capítulo, é apresentada a noção de letramento, levando o leitor a refletir sobre a apropriação, os usos e as funções da escrita.

O terceiro capítulo, “Conceituando a Oficina de Linguagem”, a Oficina de Linguagem é delineada conceitualmente, como um “espaço” relacional e um intercessor clínico. Neste capítulo, a OL é identificada como um dispositivo clínico que opera com práticas discursivas em diversas experiências com a escrita e com a oralidade, quando esta é atravessada por práticas e valores letrados.

O quarto capítulo, “Oficina de Linguagem: uma experiência no PSF” traz a descrição de três momentos diferentes de uma OL, os que mais me marcaram e que puderam servir como exemplo das reflexões realizadas nos capítulos

anteriores. São ressaltadas problemáticas trazidas à cena e potencialidades que foram efetuadas e apropriadas, tanto pelas crianças e adolescentes atendidos, quanto pelos profissionais envolvidos.

Em “Atuação fonoaudiológica: considerações finais” elementos centrais à experiência são reunidos. Vale dizer, por fim, que tais elementos ganharam forma e novas contextualizações ao longo da experiência com as OLs, permitindo a análise e a discussão sobre a atuação fonoaudiológica na saúde pública a partir de práticas discursivas e processos de letramento.

**Atenção primária integral à saúde: a
integralidade enquanto cuidado em saúde**

*A vida humana, felizmente,
ainda não tem preço de
mercado. (David Capistrano
Filho)*

A história da saúde pública no Brasil sempre foi marcada por movimentos e lutas sociais que buscam melhores condições de saúde para a população e tentam garantir aos cidadãos o direito de serem atendidos em suas reais necessidades.

Sabemos que o Sistema Único de Saúde (SUS), ao ser consignado na Constituição Brasileira de 1988, abriu novas possibilidades para pensar as políticas públicas em saúde, comprometendo normativa e formalmente instituições do Estado e da sociedade e trazendo como princípios a universalidade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização do serviço¹.

A Constituição incorporou um conjunto de conceitos e diretrizes propostas pelo movimento da reforma sanitária². Um exemplo disso é o conceito de saúde, ali entendido como:

articulação de políticas sociais e econômicas; o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de

¹ A universalidade garante a todo e qualquer cidadão o direito à saúde e exige do Estado o oferecimento de uma qualificada assistência à saúde; a descentralização pode ser entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo; a regionalização se refere à distribuição do serviço organizado de acordo com “a distribuição populacional e seu quadro epidemiológico” (MENDES, 1994, p.4); a hierarquização busca otimizar a organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, desde as ações mais simples até as mais complexas e especializadas.

² A Reforma Sanitária teve início na década de 1970, e caracterizou-se como um movimento de contraposição ao modelo privatista. Foi um “processo modernizador e democrático de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal (...)” (VILAÇA MENDES, 1999, p.42)

Saúde (...); o atendimento integral; a participação da comunidade; a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social; e a liberdade para o setor privado (VILAÇA MENDES, 1998, p. 35).

De fato, a implantação do SUS permitiu a criação de novas alternativas, em cada esfera do Estado e em cada realidade local, que serviram para direcionar a formulação de programas e políticas de saúde. No que se refere à assistência à saúde, no seu nível primário de atenção, novas propostas de Atenção Primária à Saúde foram criadas, para lidar com quadros de adoecimento e necessidades no nível local.

Tais propostas apresentavam diferentes concepções, que conviviam e, às vezes, divergem entre si. Podemos indicar três padrões básicos de propostas de organização da Atenção Primária à Saúde: “assistência médica primária”, “atenção primária seletiva” e “atenção primária integral à saúde” (VASCONCELOS, 2001, p. 23).

A assistência médica primária pressupõe um modelo de atenção centrado, unicamente, na consulta médica, no qual não se valoriza a participação dos indivíduos ou grupos nas atividades propostas (VASCONCELOS, 2001, p. 24).

A atenção primária seletiva propõe uma intervenção pouco onerosa e que afete um grande número de pessoas a partir de técnicas ou programas específicos, como, por exemplo, programa de ampla cobertura de vacinação para combater a tuberculose. Há maior concentração nos problemas de grande repercussão, enquanto outras dimensões biológicas, sociais e culturais, geralmente implicadas nos problemas de saúde, ficam em segundo plano (VASCONCELOS, 2001, p. 24).

Já a atenção primária integral à saúde, anunciada em 1978 na Conferência de Alma-Ata, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde, pode ser

definida como uma “política de apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde”, (op. cit.). Trata-se de um modelo de atenção ainda em construção, que busca enfrentar os problemas de saúde a partir de uma dimensão global e complexa. Perspectivas como essa apontam para novas formas de lidar com as necessidades de saúde, rompendo com a tradição positivista da medicina. Segundo VASCONCELOS (2001), pode-se dizer que os serviços de saúde locais devem se organizar “com base na contínua relação com os movimentos populares locais, no intercâmbio entre o saber popular e o saber técnico e na interdisciplinaridade *de prática profissional em saúde*” (VASCONCELOS, 2001, p. 25).

A criação de alternativas para o campo da saúde, implica na disponibilidade para a integralidade como “uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados” (GUIZARDI e PINHEIRO, 2004, p. 37). No que se refere à integralidade, torna-se condição fundamental sua concretização como prática e relação entre sujeitos, de forma a garantir a autonomia, a singularidade, o desejo, o saber, a história de vida dos indivíduos e uma abertura para o diálogo na elaboração e efetuação do trabalho em saúde.

Neste sentido, podemos compreender que a noção de integralidade remete à idéia de que cuidar requer a aceitação do sujeito – que pode ser entendido, aqui, como o paciente, a família, ou a comunidade – a partir de tal idéia podemos propor ações em saúde. Qualquer que seja a abordagem do profissional de saúde, junto ao usuário, ela se dá por meio do trabalho vivo, em ato:

há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, (...) momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 2003, apud GUIZARDI e PINHEIRO, 2004, p. 38).

A questão central é que se trata, antes de tudo, de repensar o usuário do serviço de saúde como totalidade viva, capaz de adoecer, isto é, “como ser (humano) situado individual (psicobiologicamente) e socialmente (inscrição sócio-econômica, política, cultural)” (LUZ 1990, p. 53).

Tal concepção leva a uma necessária transformação do agir em saúde, não um agir centrado apenas na noção de hierarquização dos serviços, por níveis de assistência, pois ao criar um sistema hierárquico é favorecida a fragmentação do processo de saúde/doença e dos serviços de saúde oferecidos nos diversos níveis, provoca-se assim uma quebra no acompanhamento dos casos, pela fragmentação da ação técnica pelos equipamentos de saúde. Com isso, os profissionais de saúde passam a desconhecer o processo de adoecimento e cura pelo qual os pacientes e a comunidade passam. Além disso, há, ainda, a cultura distorcida de que a unidade básica de saúde deve funcionar como um espaço de triagem dos problemas, que devem ser solucionados em outros níveis de maior complexidade tecnológica. Assim, as ações em saúde no nível primário da atenção ficam incapacitadas de proporcionar alternativas clínicas às demandas dos usuários e da comunidade.

No enfrentamento desses problemas, começa a ganhar espaço a noção de cuidado em saúde, que permite entender as ações e os serviços como uma *rede progressiva de cuidados à saúde*, independentemente do grau de complexidade tecnológica oferecido pelos serviços. Tal posição

supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 18/09/2003:p:09).

Introduz-se a idéia de uma intervenção para além da planificação epidemiológica clássica: “a questão é (...) tirar de foco a lógica do isolamento da doença e das especialidades” (MENDES, 2004, p. 36).

Na visão do Ministério da Saúde, a atenção básica tem um papel estratégico no funcionamento do SUS:

Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na Saúde da Família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. O conjunto da rede, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde”, em que não há dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS. (Ministério da Saúde, apud MENDES, 2004, p. 36).

Justamente nesta direção, o Programa Saúde da Família tornou-se estratégia relevante para romper com os limites do trabalho definido a partir da demanda espontânea, aquela que procura diretamente as unidades de saúde.

O serviço e as ações são planejados e executados a partir das necessidades, o processo de trabalho volta-se para a construção de laços entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade assistida. A proposta é de promover assistência humanizada, baseada no vínculo de compromisso e co-responsabilidade. Observa-se a necessidade de “conhecer a história daquelas comunidades, suas formas de convivência e organização, a hierarquia de seus problemas, estabelecida por quem os sofre, as suas aspirações e frustrações” (CAPISTRANO FILHO, 1999, p. 5).

O PSF está proposto de um modo que permite acompanhar de perto os problemas de saúde da realidade local, por meio de um mapeamento das famílias, determinado por áreas de abrangência³ e pela participação, nas equipes de saúde da família⁴, de moradores da comunidade: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que facilitam um maior conhecimento das condições de vida da população local, como também a construção da relação entre a população e o serviço de saúde, e a formulação de respostas para aos problemas de saúde da região. Tal aproximação com a comunidade e com os grupos sociais produz um território comum de diálogo entre o serviço de saúde e a população, a organização das práticas em saúde e oferta de cuidado, com o objetivo de ampliar a resolutividade das demandas/necessidades em saúde.

³ Refere-se a uma área de responsabilidade da unidade de saúde e da equipe de saúde da família, baseada em “critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população” (VILAÇA MENDES, 1999, p.223).

⁴ A equipe de saúde da família (ESF) pressupõe em sua composição: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. O PSF pode contar ainda com uma equipe ampliada, composta por profissionais de saúde bucal, saúde mental e profissionais de reabilitação. Entretanto, esta equipe ampliada, em determinados momentos políticos, pode ou não ser prioridade no processo de implantação do programa.

É na construção da integralidade que o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) torna-se fundamental, na medida em que os agentes funcionam como elementos integradores – serviço de saúde e comunidade –, assim como um canal de comunicação entre eles. O ACS deve agir como facilitador nesse processo de ajudar a população a cuidar da sua própria saúde, além de contribuir com a construção do sistema de saúde local. É fundamental que o ACS seja morador da comunidade em que irá trabalhar, pois esta condição permite que se desenvolva uma relação entre a equipe de saúde e a comunidade. Tal fator faz dele um sujeito que, ao mesmo tempo, possibilita a construção de vínculos interpessoais, a organização do trabalho da equipe de saúde, a ampliação do acesso ao serviço e a comunicação entre a população e os profissionais. Por pertencer à comunidade, o ACS traz para a equipe de saúde os funcionamentos e os modos de vida locais.

Neste sentido, a atuação do ACS está relacionada às práticas em saúde, sejam elas referentes às ações clínicas de promoção e prevenção – como por exemplo os grupos que trabalham com DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) em que os ACS informam a população sobre os modos de prevenir e proteger-se destas doenças –, ou referentes às atividades de lazer de cunho educativo e integrador – tais como os grupos de artesanato e de ginástica, passeios e eventos com participação da comunidade.

Como se vê, a organização do trabalho das equipes de família com o serviço de saúde e com a comunidade só se torna possível com a constituição

do agente comunitário como um elo/laço⁵, no sentido de propiciar um “espaço de diálogo e interações pautadas numa dinâmica ‘não-hierarquizante’ entre comunidade e profissionais de saúde” (SILVA; STELET; PINHEIRO; GUIZARD, 2004, p. 84).

Entretanto, a formulação de tais propostas de ações em saúde de nada adiantaria caso o Programa não pudesse lidar com uma certa tendência de alguns profissionais em manter uma relação hierárquica, a partir dos saberes específicos, ou seja, entre o poder do técnico e do não-técnico. Tal relação é capaz de inviabilizar a busca por práticas clínicas alternativas, que pudessem dar conta das necessidades/demandas da população, sejam elas biológicas, sociais, culturais, educacionais, entre outras.

As chances de o Programa dar certo não são dadas apenas pela elaboração de um modelo capaz de organizar a assistência de forma horizontal, mas pela possibilidade de implicar equipes de família, população e gestores numa relação de construção integral ao cuidado à saúde. Assim sendo, o PSF está proposto de maneira a oferecer cuidado às necessidades de saúde da população, a partir de um estreito contato com suas condições de vida, seu acesso ao serviço de saúde e as configurações sociais que possam levar ao processo de adoecimento.

Este panorama da integralidade na Atenção Básica, especificamente no PSF, serviu para situar o ambiente institucional no qual a Oficina de Linguagem, que é o objeto de estudo da dissertação, acontece.

⁵ Elo, quando usado como veículo de informações, e laço, com a idéia de unir pedaços, por meio das relações humanas, “de conseguir estabelecer um território comum, onde os sujeitos e seus saberes interagem e dialogam, gerando ações comuns que sustentam a existência desse espaço de encontros” (SILVA; STELET; PINHEIRO; GUIZARD, 2004, p 88).

O empenho em constituir a integralidade na Atenção Básica se conjuga, no âmbito fonoaudiológico, com estratégias de integração nas Equipes de Saúde da Família e de maior contato com a população usuária, bem como por ações e pela criação de metodologias de intervenção compatíveis com uma atenção básica integral. A Oficina de Linguagem é uma dessas metodologias que possuem potencialidades para promover o trabalho inter e transdisciplinar, assim como para favorecer o enfrentamento de questões de saúde relacionadas à produção discursiva, seja porque estas estão transtornadas, seja porque o trabalho fonoaudiológico com a produção discursiva pode se configurar como dispositivo terapêutico no tratamento de transtornos da linguagem (oral/escrita) e também colaborar no equacionamento e elaboração de problemas de saúde relacionados aos modos e às condições de vida.

Essas são as hipóteses, sobre a Oficina de Linguagem, que procura-se testar na dissertação, conforme se verá nos próximos capítulos.

**Letramento: um conceito para pensar problemas
de saúde**

*Meus verbos sujeitos ao seu
modo de me acionar, meus
verbos em aberto para você me
conjugam. (Zélia Duncan)*

Como vimos, o trabalho de cuidado integral à saúde faz-se a partir da compreensão dos problemas de saúde não apenas no âmbito orgânico, mas em todos os outros aspectos que estão envolvidos nas relações humanas: psicológicos, sociais, culturais, políticos, educacionais etc.

Entre tantas problemáticas em saúde, que se relacionam em vários aspectos, temos contextos sociais cujos problemas favorecem ou promovem transtornos de saúde, por exemplo: a questão da violência, do tráfico de drogas, da prostituição infantil etc. Há uma necessidade premente da comunidade em ser ouvida a partir de questões como essas. Nessa experiência, tais questões vêm à tona associadas a problemas escolares, isto é, um significativo número de crianças e adolescentes com problemas escolares é encaminhado ao serviço de saúde e, mais do que transtornos de aprendizagem, esses indivíduos apresentam demandas de constituição subjetiva e de linguagem, ligadas à condições sociais precárias e, com frequência, cruéis (como as mencionadas acima).

O próprio cenário de precariedade social já é, ele mesmo, um sintoma de “doença social”, que se reflete diretamente e de modos diferentes nos membros de um segmento social, nas formas de relação, na estruturação e desestruturação da família, no acesso a conhecimentos, na possibilidade de laços afetivos estruturantes da subjetividade.

Por razões como essas é importante pensar que questões desta ordem podem ser pensadas como problema de saúde pública, sendo que algumas delas afetam diretamente o trabalho do fonoaudiólogo, em função de transtornos e/ou reflexos no âmbito da linguagem e da comunicação.

Esse universo de questões afeta diretamente a infância e a adolescência, aparecendo na escola, na condição de desempenho escolar insatisfatório. Daí

o elevado número de encaminhamentos escolares para a Fonoaudiologia, em função de supostos transtornos de aprendizagem.

Vale dizer que, naturalmente, alguns dos encaminhamentos são de fato referentes a distúrbios de linguagem e de aprendizagem, mas grande parte deles se relaciona com as condições desta clientela, no caso da Fonoaudiologia, em função de dessimetrias entre as exigências escolares e as possibilidades de elaboração discursiva e de acesso ao conhecimento.

Desta forma, no que diz respeito especificamente aos problemas escolares, cabe considerar que não é pequena a quantidade de sujeitos encaminhados ao serviço de saúde com supostas incapacidades de desempenhar adequadamente suas tarefas escolares. Na verdade, o número de crianças e adolescentes atendidos hoje pelo setor de Fonoaudiologia com este tipo de problema é tão significativo e tem aumentado tanto nos últimos anos que há uma tendência em considerá-lo como um problema de saúde pública (GARCIA, 2004).

Para tratar desta questão, entretanto, é fundamental que o fonoaudiólogo não perca de vista a especificidade do seu trabalho. É neste sentido que GARCIA (2004) propõe que o fonoaudiólogo passe a adotar o conceito de *letramento* para embasar sua prática:

O cuidado maior que o fonoaudiólogo deveria ter, a meu ver, é o de exatamente não assumir o lugar e o papel do professor e não reproduzir a prática escolar no consultório ou na Unidade de Saúde. Isso significa que o fonoaudiólogo não deveria propor ao paciente atividades típicas da escola e nem mesmo se perguntar se cabe ou não a ele “alfabetizar” ou “ensinar” a linguagem escrita ao paciente; da mesma forma, ele deveria evitar exercer o papel do reeducador que, juntamente com professores e orientadores pedagógicos,

“ajusta” o sujeito para desempenhar tarefas escolares. Não se trata de ensinar, alfabetizar, adequar, mas sim de (re)estabelecer o vínculo do paciente com a linguagem escrita, em uma relação clínico-terapêutica na qual a escola tem papel secundário, pois o compromisso do fonoaudiólogo é, antes de mais nada, com o paciente. Precisamente nesta tarefa é que o conceito de *letramento* pode ser extremamente útil. (GARCIA, 2004, p. 29)

No presente trabalho, foi exatamente o conceito de *letramento* que me forneceu o suporte teórico para o atendimento de sujeitos no serviço de saúde por meio da Oficina de Linguagem. , Portanto, em primeiro lugar, faz-se necessário detalhar o conceito de *letramento*, antes de apresenta, em seguida, a Oficina de Linguagem.

2.1 A apropriação da escrita

A palavra *letramento* (SOARES, 2001) é recém-chegada ao vocabulário da Educação e das Ciências Lingüísticas e, embora ainda cause estranheza a muitos, seu uso tornou-se freqüente no discurso de especialistas. O letramento é um conceito recente, que aparece em função de novas modificações nas sociedades em geral, que passaram a exigir, cada vez mais, que os indivíduos saibam usar a leitura e a escrita nas mais variadas práticas sociais. Antigamente, bastava-nos o conceito de *alfabetização*: o indivíduo era alfabetizado ou analfabeto; considerava-se alfabetizado o indivíduo que sabia escrever o seu nome e dominava minimamente o código da escrita. Para SOARES (2001, p. 20), uma vez adquirida esta “tecnologia” do ler e do escrever, o sujeito estava apto a exercer todos os seus direitos de cidadão. Entretanto, quanto mais nossa sociedade tornou-se grafocêntrica, quanto mais o desenvolvimento passou a depender da leitura e da escrita, mais se percebeu que não basta ao indivíduo ser alfabetizado: hoje em dia é preciso que ele saiba fazer uso do ler e do escrever, ou seja, que ele possa responder às exigências da sociedade em relação ao uso amplo e diferenciado da escrita. O termo *letramento* surge exatamente para nomear o tipo de relação que o sujeito estabelece com a escrita, ou seja, para explicar “o resultado da ação de ensinar ou de aprender a ler e escrever: o estado ou a condição que adquire um grupo social ou um indivíduo como consequência de ter-se apropriado da escrita” (SOARES, 2001,p.18).

O conceito de *letramento* difere de várias maneiras do conceito de *alfabetização*, ultrapassa, por exemplo, a oposição alfabetizado/analfabeto – que supõe um “tudo ou nada” – para realizar-se em termos de graus: os

indivíduos possuem alto, médio ou baixo grau de letramento. Da mesma forma, em uma sociedade como a nossa, em que as pessoas vivem cercadas pela escrita, é impossível dizer que existem indivíduos com grau zero de letramento, pois todos, inevitavelmente, já chegaram a ter contato com a escrita: mesmo os analfabetos participam de algumas práticas letradas, que supõem, ainda que indiretamente, a escrita, tais como fazer compras em um supermercado, ouvir um trecho lido da Bíblia ou tomar um ônibus. Até mesmo uma criança que ainda não sabe ler, mas folheia livros ou finge brincar de escrever, tem um grau, ainda que baixo, de letramento. Também ao contrário do conceito de alfabetização, que supõe sempre um fim para o período de aprendizagem, o processo de letramento não tem um fim, pode ser ampliado pelo resto da vida à medida que os sujeitos ampliam suas participações em práticas letradas cada vez mais sofisticadas.

Portanto, o conceito de letramento refere-se exatamente ao impacto que a escrita exerce sobre os sujeitos e que, segundo SOARES (2001, p. 18), “tem conseqüências sobre o indivíduo e altera seu estado ou condição em aspectos sociais, psíquicos, culturais, políticos, cognitivos, lingüísticos e até mesmo econômicos”. Trata-se de um fenômeno (e de um conceito) complexo que resiste a uma definição precisa e universal, pois engloba uma vasta gama de conhecimentos, habilidades, capacidades, usos e funções sociais da escrita. Pode ser pensado, entretanto, a partir de duas dimensões: a dimensão *individual* e a dimensão *social*, ambas apontadas por SOARES (2001).

Na dimensão individual, o letramento é visto como um atributo pessoal, referente à diversidade das habilidades individuais, como ler e escrever. Embora essas duas capacidades sejam diferentes entre si, ambas lidam com um conjunto de habilidades lingüísticas e psicológicas extremamente

complexas que vão desde a (de)codificação estrita do texto até a compreensão/produção global dos sentidos do texto escrito/lido (SOARES, 2001).

Por outro lado, há os que defendem tratar-se de um fenômeno essencialmente social. Para SOARES (op. cit., p. 72), o letramento é sobretudo

o que as pessoas fazem com as habilidades de leitura e escrita, em um contexto específico, e como essas habilidades se relacionam com as necessidades, valores e práticas sociais (...) é conjunto de práticas sociais ligadas à leitura e à escrita em que os indivíduos se envolvem em seu contexto social.

Para o presente trabalho, interessa-me, particularmente, pensar em trabalhos educacionais e em saúde que considerem a perspectiva social do letramento, entendendo as habilidades de leitura e escrita como atributos essenciais para o engajamento em atividades sociais que produzem resultados positivos, como participação e funcionamento mais adequados na sociedade, valorização pessoal e profissional, interação social, desenvolvimento cognitivo e cidadania.

Para GARCIA (2004), o fonoaudiólogo deve trabalhar com uma concepção social de letramento que possa ajudá-lo a lidar com as dificuldades apresentadas pelos pacientes com relação à leitura e à escrita:

Tal concepção é extremamente útil ao fonoaudiólogo que deveria, ao meu ver, dissociar sua atuação da escola, criando situações, na prática fonoaudiológica, que permitam a internalização de usos e práticas sociais de leitura e escrita. Para tanto é necessário trabalhar com o paciente a capacidade de extrair sentido do que lê, de produzir o sentido que pretende quando escreve e, principalmente, incentivá-lo a transpor essas capacidades para a vida diária. (GARCIA, 2004, p.32)

Sem dúvida, a escola seria o lugar ideal para se trabalhar com as mais variadas práticas letradas. A escola, assim como outras instituições – família, trabalho, igreja, o círculo social, os meios de comunicação, a comunidade etc. –, é uma das mais importantes agências de letramento que garante (ou pelo menos deveria garantir) aos sujeitos a apropriação do universo da escrita. Entretanto, muitas escolas, principalmente as mais tradicionais, enfatizam unicamente a alfabetização dos indivíduos, o domínio mecânico do sistema e das regras do código da escrita e não se preocupam em ampliar a participação dos alunos em práticas letradas. O que falta, muitas vezes, é contemplar questões essenciais para a compreensão e uso do sistema da escrita. O fato de as escolas trabalharem dessa forma traz aos alunos dificuldade de colocar em uso o que aprenderam com o código da escrita.

É exatamente por esse motivo, o da ausência de um trabalho na escola voltado para a ampliação de práticas letradas, que GARCIA (2004) entende que muitos alunos são encaminhados ao atendimento fonoaudiológico com queixas de dificuldade ou distúrbios de leitura e escrita. Na verdade, segundo GARCIA, a dificuldade é a de entender por que e para que aprender a escrever. Para a autora, o problema está ligado à concepção de linguagem com a qual a escola trabalha: como um sistema abstrato, ideologicamente neutro, como um código, com função puramente informativa; mas a linguagem deveria ser pensada como prática social. Desta perspectiva, a linguagem é entendida como o lugar de constituição de relações sociais, pelo qual aqueles que falam ou escrevem se tornam sujeitos. Somente a adoção de uma perspectiva enunciativo-discursiva (BAKHTIN, 1988), pela qual a linguagem é vista como um lugar de interação humana, aliada à adoção do conceito de letramento, poderia evitar o problema.

2.2 O uso e a função da escrita

De fato, existe uma série de questões relativas ao modo como o sujeito usa a linguagem escrita que não é ou é pouco considerada pela escola, por exemplo: quem escreve? Para quem escreve? Como escreve? Com que intenção escreve? Que lugar social ocupa quem escreve e quem lê? Que relação aquele que escreve mantém com aquele que lê? Que imagem tem de quem lê? Que imagem quer construir de si mesmo para aquele que lê?

As condições nas quais os discursos são produzidos são fundamentais para a escolha/produção dos vários gêneros discursivos e para elaboração/compreensão das condições de aprendizagem. Para falar ou escrever é necessário determinarmos o tipo de gênero do discurso a ser utilizado, sendo que essa é uma escolha em função de situações variadas: “o objetivo do locutor, a instituição social em que se processa a comunicação, o destinatário e os conteúdos a exprimir” (GARCIA, 2004, p 24).

Segundo BAKHTIN (apud GARCIA, 2004, p. 19), os gêneros discursivos são entendidos como formas relativamente estáveis, constituídos historicamente e disponíveis na cultura, fundindo-se a conteúdos temáticos pela especificidade de uma esfera de comunicação, isso significa que, “pra falar ou escrever, não produzimos ‘textos’ em abstrato, mas utilizamo-nos sempre de algum tipo de gênero do discurso ... como ‘famílias’ de textos – orais ou escritos – que compartilham características comuns e circulam socialmente” (op. cit.).

Podemos encontrar gêneros discursivos escritos oralizados, por exemplo: o discurso de um político, que é escrito mas lido durante a apresentação, e

gêneros discursivos que são escritos, mas que estão baseados na lógica da linguagem oral, como um bilhete ou um *e-mail*, e assim por diante.

Segundo BAKHTIN (apud GARCIA, 2004, p. 19), os gêneros discursivos estão ligados a esferas sociais privadas e cotidianas quando são *primários*, tais como o diálogo cotidiano, uma carta, o contar um caso. Há também esferas discursivas mais complexas de interação social, em geral medidas pela escrita, nas quais são utilizados os *gêneros secundários*, tais como: uma palestra, um romance, a apresentação de um jornal televisivo, um artigo científico etc.

A linguagem escrita não se manifesta unicamente de maneira gráfica ou impressa, da mesma forma ocorre com a linguagem oral, que não pode ser limitada apenas a uma manifestação sonora. Para ROJO (apud GARCIA, 2004, p. 20), torna-se necessário

compreender a variedade de relações existentes entre a linguagem oral e escrita, não mais a partir de suas materialidades básicas (som e grafia), mas pensá-las discursivamente, como gêneros do discurso, com suas especificidades e esferas de circulação.

Isso significa que é possível encontrar gêneros discursivos escritos oralizados e gêneros discursivos orais por escrito. Por isso, a questão é: como potencializar a produção e a compreensão de gêneros discursivos orais e escritos, principalmente os gêneros secundários, que permitiriam uma participação social mais ampla, já que os gêneros primários podem ser mais facilmente aprendidos no cotidiano?

A compreensão e utilização dos gêneros discursivos escritos dão-se a partir do momento em que a linguagem for apresentada às crianças como uma prática discursiva, ou seja, quando tivermos situações em que a criança possa compreender os diversos gêneros do discurso, descobrindo a diferença da

linguagem escrita e da escrita da linguagem: a criança é capaz de aprender que a linguagem escrita pode ser compreendida mesmo antes de aprender a escrita da linguagem, ou seja, como ela deve grafar as palavras.

Neste sentido, o conceito de letramento pode ser extremamente útil, ao permitir pensar outras maneiras de compreender os usos e funções da escrita, nas suas relações com as práticas sociais. Para GARCIA (2004), o fonoaudiólogo deve adotá-lo para procurar (re)estabelecer o vínculo do paciente com a linguagem escrita, em um processo clínico-terapêutico.

Portanto, com a intenção de atender ao significativo número de crianças e adolescentes com problemas escolares encaminhado ao serviço de saúde, iniciamos, então, um processo de avaliação fonoaudiológica que revelou limitações significativas no relacionamento que os pacientes estabeleciam com a escrita, no sentido de como lidavam com seus vários usos, funções e sentidos.

Na verdade, foram encontrados estudantes oriundos de famílias com baixo grau de letramento, ou como aponta GARCIA (2004) em condições de sub-letramento, fruto das precárias condições sociais em que vivem. Tal condição não favorece a construção de uma relação produtiva com a escrita. De fato, o universo letrado ao qual essas crianças estavam expostas era muito rarefeito. Seria papel da escola ajudar a reverter esse quadro, mas, como já se disse, muitas escolas parecem supor que seu papel seja apenas o de alfabetizar, pressupondo que o processo de letramento ocorra no decorrer da vida, na família, em casa, o que geralmente não ocorre na população de baixa renda.

Essa foi a hipótese partida para explicar o aumento do número de encaminhamento de crianças e adolescentes das camadas populares com problemas escolares para o serviço de saúde. Partindo dessa hipótese, o

objetivo passou a ser o de organizar atividades em torno de práticas letradas, que pudessem vir a ampliar o grau de letramento da população assistida, provocando com isso uma melhora no desempenho escolar das crianças e adolescentes. Ao mesmo tempo, procurou-se tematizar nessas atividades diferentes modos de elaboração e solução para os problemas enfrentados diariamente pela população nas suas relações sociais, culturais, políticas e socio-históricas, por meio de práticas e de produções interdiscursivas, ou seja, pelo diálogo e pela produção de material escrito, sobre a vida e os problemas cotidianos. Surge daí a Oficina de Linguagem, um espaço destinado a estimular práticas letradas e, simultaneamente, favorecer a discussão e a busca de soluções para questões que a população trazia, relativas, por exemplo, à violência, ao tráfico de drogas, à prostituição infantil etc., que também foram entendidas como um problema de saúde pública, tal como já mencionado anteriormente. O objetivo, como se verá adiante, foi o de criar outros níveis de elaboração, sobre tais circunstâncias, fazendo uma ponte entre o serviço de saúde e a comunidade assistida.

Conceituando a Oficina de Linguagem

Viver [...] um prêmio, uma dádiva, com cada dia ainda por vir, transformando em uma experiência a ser saboreada.
(Rosamunde Pilcher)

Compreende-se a *Oficina de Linguagem* como um dispositivo que foi criado, também, para possibilitar a ampliação do grau de letramento das crianças e adolescentes encaminhados pelas escolas. Construído com um caráter lúdico, a OL apresenta muitas possibilidades de funcionamento, pois toma como foco principal a relação que os participantes estabelecem com a escrita e o uso das variadas práticas discursivas (orais e escritas).

Para se entender esse dispositivo é preciso considerar que o conceito de *oficina* é bastante amplo, geralmente relacionado a *trabalho, ofício, atividade, arte ou profissão*. Oriundo do latim (*officina*), apresenta significações diversas: *Lugar onde se exerce um ofício. [...] Lugar onde se verificam grandes transformações* (NOVO AURÉLIO, 2000).

Especificamente quanto às oficinas clínicas, em especial na clínica fonoaudiológica, não há muita literatura. Mas, apesar da escassez bibliográfica, essa proposta de intervenção clínica tem sido desenvolvida em diversas práticas institucionais como forma de intervenção em saúde. O trabalho realizado por GALLETTI (2004) mostra experiências com oficinas em saúde mental, propondo compreender essa prática como um dispositivo que questiona a clínica clássica, permitindo problematizar os padrões terapêuticos e gerando novas perspectivas de atuação em saúde. A autora faz pensar nesse dispositivo como uma alternativa de diálogo entre a clínica e outros campos da vida.

Para GALLETTI (2004), os espaços das oficinas promovem uma descentralização das especificidades técnicas de cada área, e, sem percorrer uma corrente teórica específica, os profissionais que aí atuam favorecem uma gama de experiências socio-históricas, que possibilitam a criação de novas formas de estar “na” e de perceber a vida. As oficinas, tal como foram

propostas pela autora, permitiram um reposicionamento nos papéis dos usuários e dos profissionais, assim como experimentações múltiplas e a efetuação da transdisciplinariedade, pois permitiam uma abertura às intersecções com vários campos e saberes, tornando-se um intercessor clínico potente para a criação de espaços de problematização na área da saúde e também uma ferramenta de intervenção, que se contrapõe a modelos terapêuticos tradicionais e normatizadores.

As oficinas são dispositivos que, ao não se fixarem no terreno de saúde mental, invadem e transitam por outros territórios como o trabalho, a arte, a rua e a cidade, colocando a clínica em contato com a sua exterioridade. Esses projetos tornaram-se mais do que projetos de saúde; foram projetos de vida, entendendo a vida para além da simples ausência de doença, mas vida como pluralidade, como inauguração de novas possibilidades, como impossibilidade de se totalizar em modelos. (GALLETTI, 2004, p. 123)

Tomar as oficinas como dispositivo clínico e intercessor terapêutico é acreditar que a associação de diversos saberes – dos profissionais e da população usuária dos serviços de saúde – permite não deixar as práticas de saúde isoladas da vida; significa dizer que: “ocupar o lugar de intercessor é, então, ao mesmo tempo, a originalidade, a singularidade e o rigor das práticas no campo de saúde [...], pois coloca este campo em relação permanente com outros domínios, sem submetê-lo à condição de instrumentos terapêuticos”. (GALLETTI, 2004, p. 125).

A definição da autora sobre oficina, embora pensada para o campo da Saúde Mental, aproxima-se muito do que se buscava com a Oficina de Linguagem, no sentido de compreendê-la como um dispositivo clínico em saúde, apto a favorecer a produção de respostas e alternativas para certos

problemas de saúde, neste caso, utilizando-se da produção discursiva no questionamento e na busca por propostas e ações, que possam lidar com os problemas relacionados à produção da escrita e com a relação entre o letramento e contextos sociais potencialmente capazes de gerar doenças e/ou transtornos à saúde física e psíquica.

Ainda que as expectativas iniciais fossem de trabalhar com a demanda escolar, a OL acabou ganhando novos contornos, nova contextualidade, novos universos a serem explorados, diferentes do que se imagina inicialmente – espaço de educação em saúde e de reabilitação –, para transformar-se num dispositivo favorecedor da elaboração e da expressão de novas formas de posicionamento e de manejo da realidade.

No momento da criação da OL, as atividades propostas tinham como objetivo promover um espaço aberto que, afastado de um olhar unicamente didático, permitisse às crianças a liberdade de trabalharem com práticas discursivas e de brincarem com os signos. Pretendia-se promover situações nas quais suas experiências de vida, suas relações nos diferentes contextos sociais, culturais etc., pudessem vir à tona sob a forma de práticas lingüísticas em geral, de produções discursivas, fossem elas orais ou escritas, e que, em momentos cruciais, se pudesse focalizar especificamente as possibilidades de os participantes compreenderem e se apropriarem da linguagem escrita. MENDES (2004), referindo-se às OL, diz que se trata de promover um contato com a "língua dos afetos", da capacidade dos sujeitos de afetar e ser afetado em suas experiências com o outro (pessoas, instituições, saberes etc.), e de que tipo de implicações nas formas de comunicação isso faria circular.

A intenção era a de lidar com valores e práticas socio-históricas, aí envolvidas, focalizando as maneiras pelas quais aquelas crianças e

adolescentes se posicionavam em suas relações interpessoais, os vínculos que estabeleciam, os desejos e afetos que desenvolviam no contexto em que viviam, marcado quase sempre por dificuldades como violência, maus tratos, enfim, por condições sociais precárias, que deixam marcas e acabam por se refletir nas dificuldades de aprendizagem, referidas pelos encaminhamentos escolares.

As atividades propostas buscavam trazer à tona as histórias de vida, suas relações culturais, sociais etc.; as dificuldades enfrentadas na escola e a forma como conseguiam (ou não) lidar com essas situações. O que se verificou era quanto tais relações implicavam nas dificuldades escolares apresentadas. Isso ficou claro na medida em que se promoveu atividades de acesso e circulação nos gêneros discursivos, expandindo a elaboração pessoal e grupal dos participantes.

Ao longo do tempo, passou-se a compreender que tanto a demanda escolar quanto as questões relativas à violência, drogas e prostituição surgiam e necessitavam ser acolhidas pelo serviço de saúde; tornava-se fundamental compreendê-las no bojo de certos riscos sociais, que constituíam problemáticas importantes naquela região.

Percebeu-se que a reabilitação fonoaudiológica estrita, como tratamento das alterações específicas de fala e linguagem, não poderia responder a isso, pois era preciso ter uma escuta diferenciada para tais situações, tomando-as como parte do que deveria ser trabalhado na OL.

Um outro aspecto notável, que se revelou de início, durante a realização das OL, foi o de que havia uma dinâmica muito peculiar de relacionamento entre as crianças participantes. Pode-se dizer que elas quase não se falavam, não estabeleciam negociações e relações por meio da linguagem oral,

preferindo as agressões físicas ao puro silenciamento. Havia uma disputa física entre as crianças na busca por um lugar de liderança, na marcação de um território ou, simplesmente, na demonstração de afeto e de modos de relacionamento entre elas. Demorou-se alguns meses para lidar com essas situações, assim como para fazer que as crianças compreendessem a existência de outras formas de comunicação, que não somente a física, mas uma linguagem oral, que se posiciona como uma dimensão relacional, fundamental à negociação das atividades, de pactuação e de interação.

Nas primeiras OL's, aparentemente, tinha-se a sensação de que os resultados alcançados eram poucos, no sentido de um produto final, fosse ele escrito ou na forma de uma produção material, pois havia uma dinâmica de relacionamento muito conturbada. Levaram-se alguns meses para conseguir interferir naquela agressividade – tomada como a forma de comunicação possível entre eles –; práticas discursivas orais foram oferecidas, em suas várias modalidades, como possibilidade relacional e de mediação. À medida que isso foi ganhando corpo, ou seja, que o uso da linguagem oral passou a ser utilizado como uma das formas de comunicação, tornou-se possível propor atividades. Tais produções aconteciam coletivamente, a partir de práticas discursivas orais e escritas, que estavam embasadas em discussões sobre diferentes assuntos, os quais levavam a produtos do tipo: uma peça de teatro com o uso de sucatas, a elaboração de um folheto informativo da unidade de saúde, a produção de um livro, entre tantos outros.

Desse modo, pode-se dizer que ao se tentar ter uma escuta diferenciada para as diferentes situações experimentadas, a OL opera com a possibilidade de fazer as práticas discursivas orais interferirem nesse tipo de relação – como, por exemplo, a relação da fisicalidade –, abrindo espaço para experiências de

escrita e de produção de escrita à medida que mistura questões escolares com outras questões que estão ali colocadas.

Oficina de Linguagem: uma experiência no PSF

*É preciso provar das loucuras, ativar
novas possibilidades. (Rogério
Flausino)*

Neste capítulo, busca-se mostrar o que esteve em jogo durante atividades realizadas pela Oficina de Linguagem, além de apontar seu modo de funcionamento, questões que mobilizaram alguns encontros, e o enfrentamento de problemas de saúde relacionados a práticas discursivas.

As atividades da OL foram organizadas para acontecer semanalmente, com crianças e adolescentes entre 7 e 12 anos, todos moradores da comunidade local. O desenvolvimento das atividades deu-se por meio da minha participação como fonoaudióloga da Unidade Básica de Saúde e a presença de uma estagiária do último ano do Curso de Fonoaudiologia da PUC-SP, que tem a UBS como campo de estágio.

As oficinas eram desenvolvidas na sala dos agentes comunitários, pois tratava-se da única sala grande e disponível na unidade. Embora os agentes não fizessem objeções, era sabido que tal tarefa gerava incômodos para alguns, mesmo porque o uso da sala para oficina foi determinado pela direção.

De fato, a maior parte dos profissionais apoiavam e discutiam a proposta com as duas fonoaudiólogas, no entanto, outros discordavam e se incomodavam com as oficinas, qualificando-as como o momento da bagunça, da gritaria, da confusão, da perda de controle, enfim, do verdadeiro caos. Foi preciso criar um processo de negociação do trabalho, esclarecer a que se destinava a OL e como se poderia acolher algumas das demandas que chegavam à unidade.

Propor esse tipo de pactuação vai além de estabelecer regras do uso da sala, ou de (re)organização do espaço, estende-se a um processo de apropriação dos profissionais, no enfrentamento de alguns problemas crônicos identificados na comunidade.

Por isso, para lidar com essas questões, realizaram-se algumas reuniões, com discussões de casos, relatos dos trabalhos desenvolvidos na OL e, principalmente, criou-se um “processo de compartilhamento dos saberes que pode atingir uma escala incomensurável” (MOURA, 2003, p. 152), ou seja, formulou-se ações e propostas que se traduziram em possíveis respostas para a construção de novas atitudes.

4.1 A polêmica: quem é mocinho e quem é bandido?

No primeiro encontro, alguns dos participantes se apresentaram e relataram o grau de dificuldades que possuíam em relação à leitura e à escrita, imaginaram que aquele grupo era destinado apenas aos que possuíam dificuldades escolares. Acreditaram que ali eles teriam aulas específicas, como um reforço escolar. Ouvia-se falas do tipo: “bom, eu não sei escrever muito bem, e ler é mais ou menos. A minha mãe me falou que aqui vai me ajudar a aprender o que eu não sei... nós vamos ter aulas do quê, então? O que vocês vão ensinar?”.

Percebeu-se que, para alguns dos participantes, a OL poderia ser algo de difícil enfrentamento, já que tomaram aquele espaço como uma continuação da escola. O fato de terem de entrar em contato com a leitura e escrita causou-lhes angústia, pois imaginaram que teriam de expor, mais uma vez, suas dificuldades diante de pessoas desconhecidas. Isso criou um certo grau de constrangimento, que os levou a declarar (algo bem familiar): “Ler é muito chato; não gosto nem de ler, nem de escrever. Vamos brincar?”.

Deste modo, ignorar tais angústias é o mesmo que não reconhecê-los em suas singularidades, por isso, na oficina, procurou-se ouvir atentamente cada um dos participantes, suas histórias, mas, mais do que isso, buscou-se reconhecer o uso que faziam de práticas letradas. Foi dito a eles que aquele seria um espaço aberto para qualquer um que quisesse participar, seria um espaço de enfrentamento de algumas dificuldades, e que não teria um caráter pedagógico específico, pois, propunha-se trabalhar com diversas formas de usar a linguagem oral e escrita, fazendo uso da criatividade, da imaginação, dos saberes, dos desejos e das histórias de vida de cada participante.

Conversou-se sobre diversos assuntos, tais como: as dificuldades escolares relatadas, as atividades que costumavam fazer quando não estavam na escola. No decorrer dessas conversas, surgiu uma outra questão: a violência na região em que moravam. Eles falaram sobre a compreensão que tinham de tal situação, sobre algumas experiências vivenciadas e sobre as relações que tinham com pessoas envolvidas na criminalidade. Para muitos, o assunto tornou-se polêmico, pois havia opiniões muito diferentes sobre o clássico “mocinho e bandido”. Na verdade, eram relatos a partir de vários pontos de vista, os quais promoviam uma fervorosa discussão sobre valores e conceitos morais e sociais.

Houve, em particular, um menino de mais ou menos 8 anos que fez um relato orgulhoso, mas ao mesmo tempo num tom ameaçador: “Você sabe quem é meu tio? Meu tio é o Coelho, viu?! É... ele é o bonzão daqui, meu tio é bandidão, então, cê sabe, né?!”.

Foi nesse momento que o burburinho se instalou, algumas crianças criticaram essa postura do menino – de se vangloriar em ser sobrinho de bandido –, outros, porém o apoiaram; pois acreditavam que de alguma forma isso poderia ser algo muito bom, afinal seu tio sempre lhe dava presentes, sem falar na sensação de segurança que essa condição lhe permitia, ou seja, supostamente ninguém poderia lhe fazer mal.

Era interessante perceber os argumentos que usavam para defender suas idéias, várias falas surgiam: “Você não pode achar isso legal, porque ele faz coisas erradas e fazer coisas erradas é muito ruim. Deus falou que roubar é pecado, seu tio vai pro inferno”; “Eu sei que ladrão diz que rouba porque não tem o que comer, mas ele não pode, tem que trabalhar”; “Meu primo foi preso pela polícia, e a minha vó chorou muito”; “Os polícia são muito mau também,

eles mata em vez de prendê”; “O meu pai já foi preso porque ele bateu na minha mãe, mas só que ele continua no bar bebendo”; “Eu já vi um homem morrer na minha rua”, “Eu conheço o cara que vende droga na viela lá de casa. Ele até que é legal comigo, mas minha mãe sempre fala pro meu pai que não pode brigar com ele”.

Foram muitos os depoimentos, cada um deles transmitia as experiências dos participantes com as questões abordadas. Entretanto, chegou-se num determinado momento em que a argumentação verbal já não bastava, e eles acabaram partindo para um convencimento físico. Enfrentaram-se, partiram para cima uns dos outros quando o discurso oral já não tinha mais força.

Depois de contidos os ânimos, conseguiu-se chegar ao acordo de que cada um poderia ter sua opinião e que esta deveria ser respeitada, que existem diferentes formas de interpretar uma questão polêmica como a da violência. Conseguiu-se também – pelo menos naquele momento – fazê-los compreender que a exposição dos pontos de vista pode acontecer de muitas outras maneiras que não por meio da agressividade física. Foi proposto, então, a cada um deixar escrito no papel sua opinião sobre a questão da violência.

Como se tratava do primeiro encontro da OL, a maioria estava receosa em lidar com uma produção escrita. Para eles, falar em deixar uma opinião no papel significava escrever. Embora alguns se arriscassem ao escrever: “diga não para a violência”, “chega de roubos,” “vamos jogar a arma fora”, “não é legal ser bandido, senão você vai pra cadeia”, outros partiram para a elaboração de desenhos que representassem o que foi discutido.

O garoto, sobrinho do tal bandido, não quis escrever. Disse ter dificuldade com as letras e preferiu desenhar seu tio se defendendo de um policial que tentava matá-lo, segundo o que explicou depois. (ANEXO 1)

Para um primeiro encontro, conseguiu-se promover uma mínima discussão sobre a limitação do uso da agressividade física como forma de expressão e de comunicação. Porém, ao mesmo tempo, percebeu-se que o trabalho com outras formas de práticas discursivas seria longo e processual.

Sem preocupar-se com os resultados imediatos, é possível dizer que, na verdade, preparou-se a terra para jogar as sementes e depois colher os frutos.

Com base nas idéias de GALLETTI (2004, p. 123), compreendia-se que a OL era mais do que um campo de ações a ser circunscrito, pois esse campo mostra que “seus traços de singularidades provocam reverberações nas trajetórias por elas percorridas”. Desta forma, continuou-se o trabalho, aguardando o nascimento de frutos.

4.2 A campanha de vacinação

Em meados de maio, começo de junho, a unidade de saúde estava se preparando para a primeira dose da Campanha de Vacinação Contra a Paralisia Infantil. Todos estavam se organizando para a realização da campanha que aconteceria no Sábado. As crianças perceberam a movimentação e questionavam as duas profissionais do que se tratava a vacina.

Resolveu-se, então, convidar uma das enfermeiras e alguns agentes comunitários para falar sobre o que seria a paralisia e sobre a importância da vacina. Claro que isso foi mais uma das estratégias para que os profissionais se aproximassem dos trabalhos desenvolvidos pela OL.

A enfermeira explicou a paralisia infantil e a importância da prevenção contra o aparecimento da doença. Algumas crianças questionaram a forma como a vacina era aplicada, se era por meio de injeção. O alívio foi grande ao descobrir que se tratava-se da famosa gotinha. Os participantes lembraram do símbolo da campanha, o Zé Gotinha, e outros relataram suas experiências com vacinas que já tomaram e os traumas vividos com doenças e hospitalizações.

Explicamos que, juntamente com a vacinação, aconteceria no posto uma Campanha da Audição. Tratava-se de uma triagem auditiva que o setor de Fonoaudiologia realizaria em bebês de zero a dois anos, para a identificação precoce de possíveis alterações audiológicas.

Em um determinado momento, um dos agentes comunitários sugeriu que as crianças participassem da divulgação da campanha. Elas poderiam informar aos colegas da escola, aos familiares com filhos entre zero a dois anos, nas

igrejas que freqüentassem, na casa dos vizinhos que pouco vinham à unidade, entre outros lugares.

A idéia foi bem aceita e começou-se uma discussão sobre como fazer tal divulgação. Será que a informação chegaria a todas as pessoas? E quanto àquelas que não puderam ser avisadas? Será que todos sabiam da importância da vacinação? Tais questionamentos aguardavam resoluções. Foi quando surgiu, por meio de um participante, a idéia de que todos poderiam elaborar panfletos informativos.

Um passo decisivo foi dado, chegou-se aonde se pretendia. Pois a intenção era que os próprios participantes chegassem a um resultado para o problema; do contrário pareceria mais uma imposição com relação ao enfrentamento das dificuldades com a escrita. De qualquer forma, conseguiu-se que as crianças tomassem a iniciativa de propor um diálogo, uma troca de informações com a comunidade, principalmente sobre o novo saber que acabaram de se apropriar.

De fato, foi nessa situação de letramento que se permitiu trabalhar. Abordar conhecimentos que circulam na sociedade e que possam ampliar o grau de letramento dos participantes. Durante todas as atividades realizadas pela OL buscava-se garantir essa condição, sempre lidando com práticas discursivas.

Estando todos de acordo com a idéia sugerida pelo colega, iniciou-se a elaboração dos panfletos. Os participantes compreenderam a necessidade de se produzir um texto que fosse sucinto, objetivo e que chamasse a atenção do leitor. Foram dadas a eles algumas revistas e foi solicitado que identificassem anúncios de propaganda, pois estes seriam os mais próximos do que se propendia fazer. As crianças começaram a identificar as propagandas de ofertas de mercadorias; anúncios de eventos culturais; alguns lembraram-se de ter visto anúncios chamativos em *outdoors*; outros disseram ter recebido

folhetos de propaganda nos semáforos; uma participante disse que sua mãe havia feito uns folhetos para entregar na vizinhança, informando que trabalhava como manicure; houve relatos de crianças dizendo que já viram seus pais procurando anúncios de emprego nos jornais.

Enfim, criou-se uma vasta discussão sobre os gêneros discursivos utilizados para chamar a atenção do leitor. O que se pretendeu garantir foi a compreensão de que eles precisam selecionar gêneros para cada tipo de proposta e de público que tivessem em mente, de que o leitor pode conhecer, ou não, o tema abordado e de que suas intenções devem ser claras para quem lê.

De qualquer forma, nossa intenção ao dizer é sempre a de iniciar um diálogo, proporcionar uma troca de idéias, de posicionamentos, de impressões, como um elo de uma cadeia maior, histórica de comunicação, na qual estão inseridos todos os dizeres sobre o tema por nós abordados naquele momento e todos aqueles que ainda estão por vir. É com essa intenção, de dialogar, que tomamos palavras, formas padrões de composição que pertencem a todos para compor nosso dizer, ao qual nossos interlocutores irão responder, quer formulando objeções ou concordâncias, parciais ou definitivas. (PERROTTA, 2004, p. 91)

Pode-se dizer que os participantes da OL compreenderam qual o tipo de texto que deveriam produzir e passaram a elaborar folhetos que levassem à comunidade as informações necessárias para o comparecimento à unidade no dia da campanha. Mesmo com todas as dificuldades em relação à escrita, eles demonstraram empenho no que fizeram e questionavam quanto às informações necessárias, do tipo: data, horário, local, idade da criança.

Eles elaboravam vários folhetos, com desenhos e textos. Por fim, cópias das produções foram tiradas para que pudessem ser distribuídas pela

comunidade. Alguns as deixaram na recepção da unidade para que os pacientes pudessem pegar.

No dia da campanha, um grupo de participantes trouxe alguns parentes, amigos e vizinhos, estes carregavam os folhetos feitos pelas crianças na OL.

(ANEXO 2)

4.3 O teatro de bonecos

Os outros encontros também foram marcados por temas variados. Livros, revistas e jornais foram inseridos nas oficinas para enriquecer a discussão e as produções, fossem elas escritas, desenhadas ou narradas. Certo dia, foi levada para a oficina uma história gravada em CD, como uma proposta de atividade a ser desenvolvida: “O Flautista Encantado”.

As crianças ficaram fascinadas e após ouvi-la questionaram sobre a existência de um vídeo ou livro para que pudessem visualizar as personagens. Como não havia o livro da história, conversou-se sobre a possibilidade de, juntas, produzirem um. A esta altura do trabalho da OL, já era possível propor, diretamente, situações que envolvessem uma produção escrita, pois as crianças já não mostravam tanta resistência a essas atividades. O posicionamento que tinham diante da escrita já era outro, sentiam-se mais seguras e, por isso, estavam mais participativas.

Discutiu-se sobre as possíveis formas de apresentação de uma mesma história, seja ela escrita no formato de um livro, por exemplo, como desenho animado que passa na televisão, gravada em CD, ou até contada por um grupo de pessoas, enfim. Falou-se sobre a existência de inúmeras formas de se contar uma história, assim como os diversos contextos em que ela pode ser inserida. Assim, foi sugerido ao grupo que escolhesse um formato para reproduzirem a história do flautista.

Dito isso, iniciou-se uma discussão que gerou algumas sugestões. As formas sugeridas não eram muitas, mas, por fim, o grupo decidiu construir um teatro de bonecos que contasse a história do flautista e que fosse feito a partir de sucatas e de materiais recicláveis.

Nas semanas seguintes trabalhou-se com a idéia de transformar sucata em personagens. As crianças levaram os materiais: caixas de leite, garrafas de plástico, retalhos de tecidos, rolos de papelão, palitos de sorvete, lãs, fitas, enfim, tudo o que encontraram em casa.

Esse era um dos momentos de maior acirramento dos ânimos, pois as crianças, muitas vezes, se agrediam por causa dos materiais e na busca por atenção para que fossem ajudadas pelas profissionais na fabricação dos bonecos.

Neste ponto do trabalho, faz-se necessário um pequeno parêntese: havia cerca de trinta e cinco participantes, e a cada semana chegavam mais crianças e adolescentes. Foi o projeto que teve maior tempo de duração: mais de um semestre trabalhando com o mesmo assunto. Porém, é preciso esclarecer que a OL não apresentava tempo definido de duração, as atividades podiam acontecer em um dia, semanas ou meses. Durante a realização de um projeto central, outros “braços” ou ramificações poderiam aparecer e se transformar em miniprojetos, que chegavam a durar dias ou semanas. Não havia sentido em estabelecer prazos de produção, pois se concorda com o que MENDES (2004, p. 84) argumenta,

[...] resolvemos pensar as dinâmicas e os produtos das oficinas como espécies de diagramas ou mapas da organização e das questões que viessem à tona, pois as atividades e seus efeitos ajudavam a ler os modos de produção, de relação e de gestão que se criava a cada vez.

É importante exemplificar o que seriam esses miniprojetos. Como o projeto maior, o teatro dos bonecos, teve longa duração, um miniprojeto atravessou essa produção no mês das crianças. A unidade de saúde, na medida do

possível, no mês de outubro organiza algumas atividades ou passeios com as crianças da comunidade. Elas já chegaram a ir ao Zoológico, ao Museu do Ipiranga, a Parques Municipais e, por isso, os participantes da OL esperavam que naquele ano outro passeio fosse acontecer.

Por isso, em um dos encontros, começaram a falar sobre essa possibilidade e a elencar os lugares que gostariam de conhecer. Muitos dos passeios sugeridos eram pagos. Explicou-se que, para que eles pudessem ir, a unidade de saúde teria de fazer um ofício solicitando a gratuidade da entrada. Neste dia, ao ficarem sabendo do empecilho, os participantes resolveram, então, escrever cartas de solicitação para mandar anexada à carta oficial. Simples e emocionantes eram os apelos. (ANEXO 3)

No encontro seguinte, com as cartas já elaboradas, foi explicado a eles que, por contar da proximidade do Dia das crianças e da unidade já se organizar para fazer uma grande festa, o passeio ficaria para o final do ano. Os participantes ficaram tristes, mas logo se empolgaram com a idéia de uma festa. Solicitaram que as cartas fossem guardadas para que pudessem enviá-las no final do ano.

Retomando a história do teatro de bonecos, passados alguns encontros conseguiu-se relativizar a questão da agressividade entre eles e voltou-se para a produção da peça. Por fim, as crianças já estavam se organizando, se ajudando na fabricação das personagens e dos cenários. O momento em que precisavam pensar quais participantes iriam representar as personagens chegara.

O número de crianças era muito grande e, por isso, viu-se a necessidade de aumentar o número de personagens, mas para que isso pudesse acontecer precisou-se, também, reorganizar a história, pois haveria a inclusão de novas

personagens, as quais poderiam garantir a participação de todos. O interessante foi que as crianças buscaram alternativas para tudo, ou seja, na nova história, até as árvores, os animais e os instrumentos musicais acabaram tendo falas, mesmo que fossem pequenas.

Durante todo este processo de elaboração, em um determinado momento, foi sugerido a elas que escrevessem os caminhos a serem utilizados para a conclusão da peça, ou seja, registrassem o que cada um deveria fazer; em que momentos as personagens entrariam em cena; em quais momentos haveria falas; quais cenários deveriam utilizar; enfim, foi proposto que pudessem formular o roteiro da peça.

Entretanto, percebeu-se que as crianças tinham dificuldades de compreender o que seria fazer um roteiro. Outras noções do que seria um roteiro foram apresentadas a elas, idéias do tipo: o roteiro (aqui entendido como caminho) que o ônibus faz para chegar ao seu destino; um roteiro de viagem, o lugar que se pretende visitar; o roteiro de um filme, que vai indicar as ações e falas que os atores devem ter em cena.

Foi apresentado também o roteiro de uma peça teatral para que pudessem ler, manipular, explorar e, com isso, se apropriar de um outro gênero discursivo, até então desconhecido para elas. Mesmo que não compreendessem exatamente do que se tratava, fez-se que produzissem textos, relativamente próximos da idéia de roteiro. Para muitos, parecia mais complicado ainda extraírem sentido do que estavam lendo, pois, como a maioria, eles nunca haviam tido contato com textos desse tipo: o reconhecimento desse tipo de gênero discursivo não existia. (ANEXO 4)

Um dado importante, que não se pode deixar de ressaltar, é que naquele grupo existiam crianças com reais dificuldades em relação à linguagem oral e

escrita, como, por exemplo, imprecisões articulatórias, trocas e omissões grafêmicas ou dificuldades de coerência e coesão textual, porém tais dificuldades já não eram barreiras para se lançarem a produções escritas. Muitos realizavam um acompanhamento terapêutico fonoaudiológico em outro momento.

Os roteiros foram elaborados, assim como os diálogos, e ambos eram marcados pela forte presença da linguagem oral no gênero escrito, para manejar as situações de argumentação entre os personagens.

Por exemplo, em um dos momentos de criação dos diálogos entre personagens, uma menina de dez anos elabora a conversa entre o flautista – figura que aparece na história de uma maneira inocente, ingênua e meiga – e o maestro malvado, invejoso e cruel. De acordo com essa menina, que mora numa casa simples com os pais e mais quatro irmãos, numa micro-área de saúde de muita pobreza e violência, a conversa entre o flautista (F) e o maestro (M) acontece assim⁶:

— O que você está fazendo aqui, seu moleque?

— Eu vim participar do concurso de música, por quê?

— Você não sabe nem tocar, você não é de nada com essa flauta de bambu... Não vai ganhar o concurso.

— Sei sim! Cala sua boca, seu idiota, seu imbecil, seu retardado! Eu quebro a sua cara!

Neste momento, fez-se uma pausa e resolveu-se pensar como seria esse flautista. Ela disse: “ele é pequeno, magrinho, porque não tem muita comida

⁶ Não se tem a produção escrita da menina, portanto foi reproduzido, apenas, o que ela pretendeu relatar no texto. Havia trocas e omissões grafêmicas, que não serão relatadas.

em casa, e gosta de tocar sua flauta”. Então, Ihe foi perguntado: “mas como era sua personalidade?” E ela respondeu: “bonzinho”.

“Como um doce de menino, bonzinho e tão indefeso poderia falar assim, tão rispidamente, com o maldoso maestro?”. Ela parou, pensou e disse: “o maestro foi muito mau, e ele [o flautista] ficou nervoso com as coisas que ouviu, e por isso ele tinha que brigar”. Claro que ele poderia brigar, mas foi Ihe questionado se não haveria uma outra forma, mais delicada, de brigar com o maestro, e que tal forma estivesse de acordo com sua personalidade e sua condição de mocinho da história. Ela pensou e reformulou a conversa:

— Olha aqui, seu maestro, eu sou educado e não vou te xingar, então só vou mandar você ficar quieto e não falar mais comigo. Nem vou te bater.

Nesse trecho podem-se identificar os gêneros discursivos presentes em seu cotidiano. Tais falas mostram narrativas elaboradas a partir das suas próprias experiências. Constatou-se que a agressividade não era apenas física, mas estava presente nos discursos oral e escrito das crianças.

Na verdade, tentou-se – com essa menina e os demais – fazer que compreendessem e utilizassem uma linguagem (oral ou escrita) mais elaborada, por meio da apropriação de outros gêneros discursivos que circulam na sociedade e que pouco são utilizados pela população.

Ao retomar a produção teatral, muitos foram os textos de diálogos, de roteiro da história e até de conversa com os leitores sobre o que iria acontecer naquele projeto especificamente (Anexo 4). De certa forma, os participantes puderam trabalhar com práticas discursivas, que levaram a situações de ampliação no grau de letramento de cada um.

Como este foi um projeto que teve um longo tempo de duração, chegou-se ao final do ano, com o início das festividades típicas da época, e não se

conseguiu apresentar a peça elaborada. De uma certa forma, talvez seja possível dizer que as crianças deram por encerrado o projeto, pois já não mostravam mais interesse em apresentá-lo. Na verdade, elas se mostravam muito mais interessadas no passeio que lhes fora prometido.

Por fim, todas as crianças e adolescentes que freqüentaram a Oficina de Linguagem puderam fazer o passeio. Foi conseguida a gratuidade na entrada de uma peça de teatro que estava em cartaz no TUCA. Era a primeira vez que a maioria deles ia ao teatro. Eles adoraram, ficaram vidrados na peça, interagiram com as personagens e, no final, tiveram a possibilidade de conversar com os atores. Esse foi um grande momento de troca de informações, de experiências e impressões. Para todos os participantes, foi uma ótima forma de concluir o projeto teatral.

Atuação fonoaudiológica: considerações finais

Lá vem o homem. O que é que ele tem? Ele tem o corpo calejado, um olhar sábio. O chamam de sonhador. (Wilson Simoninha)

Esta pesquisa teve por objetivo relatar o trabalho com a Oficina de Linguagem no âmbito da saúde coletiva, pensar sobre seus modos de produção e como esses modos operam na questão do letramento.

Todo esse questionamento surgiu a partir de um trabalho com as Oficinas de Linguagem, que incitou os profissionais envolvidos a enfrentar os problemas de saúde relacionados à produção discursiva.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, analisou-se os aspectos fundamentais para a construção da integralidade na Atenção Básica, as estratégias de integração, as formas de promover assistência e, com isso, situar o ambiente institucional em que se trabalhou.

Foi também necessária uma reflexão sobre o conceito de letramento, como um norteador para a elaboração de estratégias que pudessem lidar com questões de saúde, relacionadas a práticas discursivas orais ou escritas. O letramento veio para ajudar a (re)estabelecer o vínculo com práticas letradas, tornando compreensível o uso e a função da escrita. Pôde-se identificar que, ao se falar de letramento, faz-se referência ao grau de envolvimento com práticas sociais de leitura e escrita e a quanto as pessoas conseguem responder às exigências grafocêntricas da sociedade.

O conceito de letramento permitiu organizar atividades em torno de práticas letradas, ampliando o grau de letramento, uma vez que é comum a população de pouca renda apresentar baixo grau de letramento. A identificação de uma situação de subletramento levou a uma estratégia que permitisse a reconstrução do vínculo do sujeito com a linguagem escrita, passível de ser entendida como prática discursiva. A Oficina de Linguagem foi estruturada como uma estratégia para lidar, inicialmente, com os encaminhamentos vindos

das escolas, mas percebeu-se que havia uma grande distância entre o reconhecimento do código da escrita e o uso que os alunos faziam dela.

Compreendeu-se que a OL como um dispositivo clínico em saúde pública, capaz de favorecer alternativas para as questões de saúde, num contexto social de violência, tráfico de drogas, e numa situação de subletramento, também, entendida como problema de saúde, possibilitou o trabalho com práticas discursivas que favoreceram novas formas de posicionamento e manejo da realidade. Manejo este, mostrado, por exemplo, na experiência com a construção dos bonecos de sucata, na qual a agressividade física, no início, imperava. Foi com a interferência de práticas discursivas (inicialmente orais) que se pôde promover uma mudança no comportamento daqueles participantes. Diversos foram os modos de participação nessas intervenções, ora como ouvintes, ora como colaboradores ao sugerir idéias, ora como protagonistas de um trabalho pensado e elaborado por eles.

A OL, por ter sido pensada como um espaço sem delimitações, que favorece o aparecimento de práticas letradas, permitiu que o posicionamento ante a leitura e a escrita acontecesse de diferentes modos, cada um no seu tempo. Durante as atividades, os participantes se apropriavam de maneira mais segura e participativa, tanto da leitura quanto da escrita, independentemente se apresentavam, ou não, alterações de linguagem.

Deve-se considerar que, além da apresentação às práticas discursivas, pôde-se, também, possibilitar a utilização de gêneros discursivos, que não os ligados apenas à costumeira esfera cotidiana, mas a esferas mais complexas de interação social – gêneros secundários – tal como o roteiro de peças teatrais. Por mais que as crianças não se apropriassem totalmente desse tipo de gênero, era preciso desmistificar a idéia de que existia apenas uma única

maneira de se compor textos, e que esta seria suficiente para que fossem compreendidos por qualquer interlocutor.

Acredita-se que um importante passo foi dado, o contato com outros tipos de gêneros discursivos por meio de práticas letradas permitiu uma ampliação do grau de letramento daqueles jovens, uma vez que se trata de um trabalho processual, que não depende apenas da OL, ou da escola, mas de todas as outras agências de letramento (família, trabalho, círculo social, meios de comunicação etc) para que haja uma maior apropriação do universo da escrita.

O fonoaudiólogo pode trazer muitas contribuições a esse processo. Por ser um profissional clínico, que lida com aspectos fundamentais da linguagem, pode redimensionar o lugar ocupado pela linguagem escrita e reestruturar o vínculo do paciente com ela, construindo um novo processo de inserção social, cultural, interpéssico etc. A Oficina de Linguagem permitiu o maior uso de práticas letradas, ampliando a participação numa sociedade tão exigente do domínio da linguagem escrita.

Referências Bibliográficas

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1988.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS*. Brasília 18/09/2003.

CAPISTRANO FILHO, D. *O Programa Saúde da Família em São Paulo*. Estudos Avançados: Dossiê Saúde Pública. São Paulo: IEA/USP, v.13, n.35, p. 89-100, 1999.

GALLETTI, M. C. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* São Paulo: Editora da UCG. 2004.

GARCIA, A. L. M. Fonoaudiologia e letramento. In: ANGELIS, C. M. e DAUDEN, A. T. (Orgs.) *A clínica da linguagem escrita: perspectivas e fronteiras*. São Paulo: Pancast, 2004.

GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R., A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. São Paulo: Hucitec/ IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2004.

LUZ, M. T. Além da dicotomia saúde-doença: representando este binômio. In: *Divulgação em Saúde para Debate / VI Congresso Mundial de Medicina Social*. Ilhas Canárias, 1990.

MENDES, V.L.F. *Fonoaudiologia nas Unidades Básicas de Saúde: a relação com os usuários*. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Distúrbios da Comunicação da PUC-SP. São Paulo, 1994.

MENDES, V. L. F. *Uma Clínica no Coletivo: experimentações no programa de saúde de família*. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da PUC-SP. São Paulo, 2004.

MOURA, A.H. *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PERROTTA, C. Redimensionar erros – intervenção fonoaudiológica na escrita. In: ANGELIS, C. M. e DAUDEN, A. T. (Orgs.) *A clínica da linguagem escrita: perspectivas e fronteiras*. São Paulo: Pancast, 2004.

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.; Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R., A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. São Paulo: Hucitec/ IMS/ UERJ/ ABRASCO, 2004.

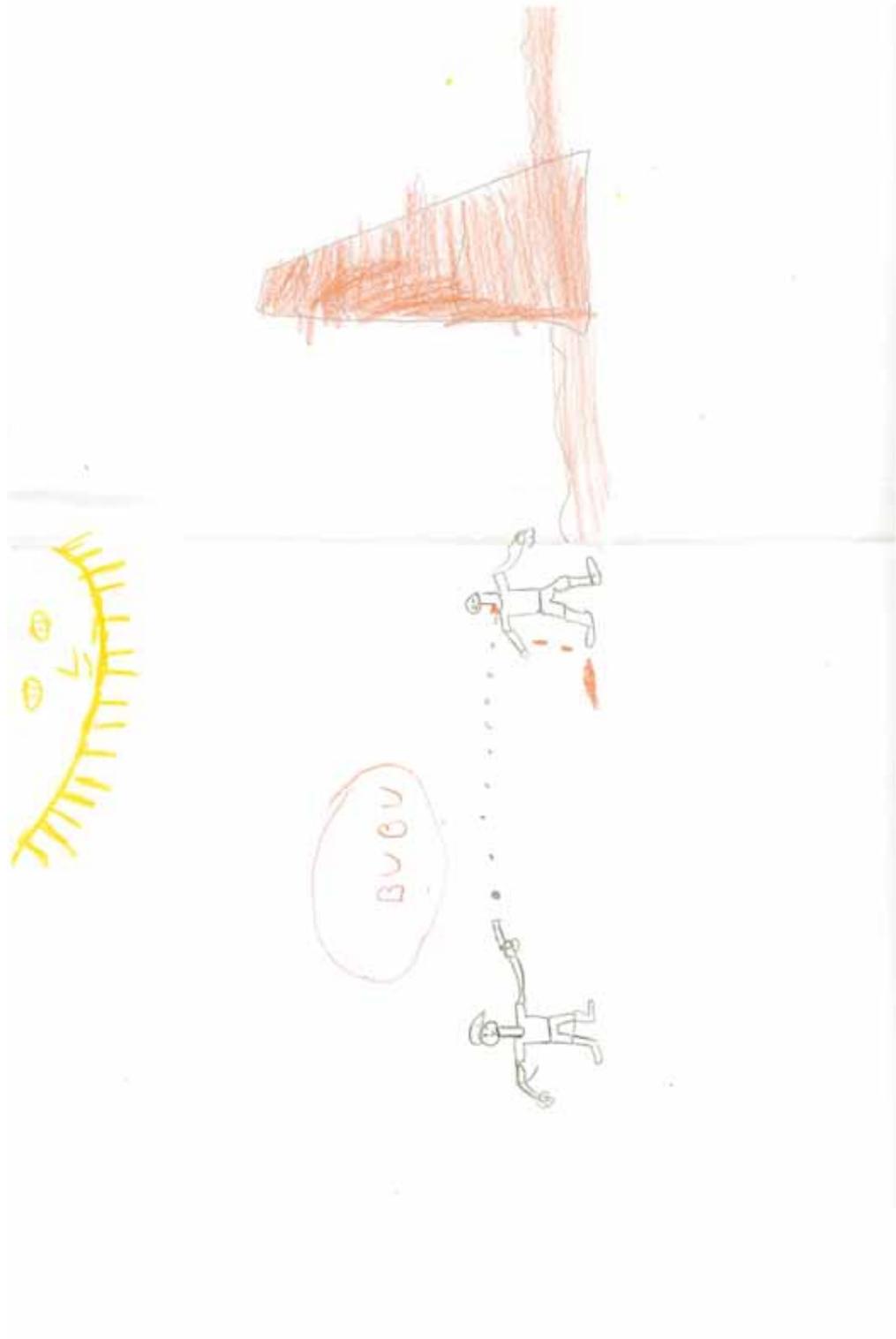
SOARES, M. *Letramento: um tema em três gêneros*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VILAÇA MENDES, E.V. (org.) *A organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

VILAÇA MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

Anexo 1



PANFLETO
companho
da vacinação

traga bebês
para tomar
determ.

A gotinha

É DE GRÁTIS

É PROS BEBÊS

que tem 3 anos

ou em pó de tra

seus pais

parentes

ou seus filhos

ou velhos e

ou sua família



É GRATUITO

É DAS 8:00 DA MANHÃ ATÉ
AS 5:00 DA TARDE.



A Campanha de Vacinação

Atenção senhores pais
dia 05/06/2004 vamos
ter muitas vacinas para as
crianças. o melhor é que
as crianças de 0 a 5 vão poder
tomar gólinho, não precisa trazer
Pais para segurar as crianças
que tem medo de enfição.

horário 8:00:17:00 é importan-
te porque a vacina contra
qual ^{outra} ~~coisa~~ coisa também será
dada

ASSI: Tamielz gouveia dos Santos

Anexo 2

Ei! Você que está lendo este folheto, venha
participar da campanha de vacinação no dia
5 de junho de 2009 venha todos

Não se esqueça da campanha de audição
Stefani Callano da Silva



Anexo 2

Panfleto

Venha para o dia da gotinha.
traga seus filhos para tomar
gotinha para não ficarem
doentes. traga todas crianças
para tomar mas é só crianças
e é de graça não precisa pagar
nada. Venha tomar gotinha não
lá tem obrigada começamos às 8:00 às 17:00

Venha para o teste de Audição.
traga seus filhos para o teste de
Audição de zero a dois anos é
muito importante para a saúde
de seus filhos não latem Horário
das 8:00 às 17:00

Ricardo



Anexo 3



Anexo 3

gr: cuangas do Posto de Saúde.
Lao: o gerente do cinema.

O Gerente do cinema nós do posto de
Saúde, gostávamos de celebrar a dia das
cuangas no cinema.
mas nós não temos dinheiro suficiente para
pagar somos em 25 cuangas.
nós contamos com a sua ajuda.

Obrigado
nós
agradecemos.



Anexo 4

Data 28/10/04

o diálogo entre mestre e aluno

- Ah, quem você pensa que é?
- Sou um flautista muito bom!
- não é não!
- Sou sim!
- não é, não é e não é!!!
- você além de não saber tocar é muito feio!
- não sou você que é feio.

narração: — E depois Joãozinho sai correndo para a flauta e se encontra com o anão

narrador



data 28/10/04

Diálogo entre
maestro Xavier e Juãosinho

Ah quem você pensa que é? por
que está falando isso sou um
flautista muito Bom não é
sou sim não é não e o
Macarião disse assim a ra
ra da a flauta dele é feita
de cabo de vassoura não não
é feita de um pedasso de pau
ou um pedasso de Bambu

1ª parte da peça

o ~~personagem~~ ~~personagem~~ flautista vai ter
que andar pela floresta
tocando a pequena flauta

Anexo 4

Título O homem enferrugado

Um dia tarde receis
sabiam que eu sou
daque que pesca
meu nome sou o ferugo
e vou estar
muito do meu personagem



e também a minha
amiga sou ser a
raíha encantada
sou ser uma
bela pessoa



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)