



Sou um médico de Minas Gerais que descobriu, em 1974 (há 36 anos!), o fascínio do trabalho comunitário em saúde que possibilita a nós, profissionais de saúde, sermos profundamente significativos diante de situações de crise trazidas pela doença e pela miséria. E nos possibilita viajar intensamente nos mistérios da vida pelo contato com a realidade densa que brota nestes momentos de sofrimento e de luta. Fui aprendendo a força do método da Educação Popular na orientação deste trabalho.

Movido por tal fascínio, participei de diferentes experiências e diferentes movimentos, vindo parar em João Pessoa, onde sou professor da Universidade Federal da Paraíba. Parte dessa trajetória está analisada no livro *A Medicina e o Pobre* (Paulinas, 1987). Fui descobrindo que há muitas outras pessoas também movidas por esta marca da busca inquieta dos caminhos da saúde pelo fortalecimento da solidariedade e pela compaixão com a dor dos outros, acreditando no poder dinamizador da palavra, da escuta e da presença. Pessoas sem medo de carregar a cruz que frequentemente atravessa esta caminhada junto das classes subalternas. Marginalizadas na estrutura do sistema oficial de saúde.

Foi surgindo, então, o meu novo fascínio: colaborar na aglutinação dessa gente espalhada por tantos recantos da América Latina, buscando o discurso, a sistematização elegante de seu saber e a organização que nos transforme em um movimento social ativo pela consciência da nossa força humanizante para o Sistema de Saúde. Foi assim que produzi os livros *Educação Popular nos Serviços de Saúde* (Hucitec, 1997), *Espiritualidade no Trabalho em Saúde* (Hucitec, 2006) e *Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde* (Hucitec, 2006), me envolvi com a Rede de Educação Popular e Saúde de âmbito latino-americano e a ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde).

### FOSSO E PONTE

Favela dor e alegria que um dia conheci fazendo uma pesquisa.

Esse dia passou mas seu grito ressoa aticando o compromisso de contar sua luta mostrando sua vida para além do preconceito.

No centro de saúde, na favela encalacrado, convivi com funcionários indignados assustados desanimados. Vivi suas lutas, senti o desrespeito atraido pelos burocratas.

Favela e centro de saúde dois mundos ligados dois mundos separados. Fosso de preconceito e medo pontes de compaixão e amizade.

Favela carente de saúde funcionários carentes de criar portas fechadas por filas corações trancados por covardia ouvidos insensíveis pelo preconceito alimentados a cada dia pela guerra contra os pobres armada pelos liberais. Guerra ideológica travada na imprensa. Misseis de palavras culpando as vítimas, insuflando a descrença e justificando, assim, o grande ataque: o corte de verbas.

Miséria gritando dor lambuzada de violência infestada de verminose mas pulsando e lutando. Gente cheia de vida olhares fundos mas com brilho. Mistério e diversidade.

Favela / fosso / centro de saúde. Quero quebrar a cabeça buscando clarear e depois divulgar a anatomia a fisiologia dessa separação. Saúde!

Há um grande fosso separando o atendimento dos serviços de saúde e a vida da população. Os profissionais de saúde pouco conhecem a dinâmica familiar e comunitária de convivência e enfrentamento dos problemas de saúde. Para eles as atitudes e falas dos usuários dos serviços parecem desconexas e estranhas.

Este livro é o resultado de uma pesquisa realizada, entre 1994 e 1997, em um centro de saúde da periferia de Belo Horizonte, em que se procurou identificar e entender os bloqueios e potencialidades existentes no relacionamento entre os profissionais e a população, evidenciando a forma como as questões culturais, cognitivas e subjetivas dificultam ou dinamizam o funcionamento dos serviços de saúde. Orientado pelo instrumental da Educação Popular, procurei mostrar como o fortalecimento do diálogo e da negociação entre os diversos atores profissionais e populares que convivem em um serviço de saúde capaz de reorientar a globalidade de suas práticas, tornando-as mais integradas à vida local e mais eficazes. Trata-se, portanto, de uma reflexão sobre os caminhos e possibilidades da Educação Popular na atual conjuntura dos serviços de saúde. Verificou-se que as intensas e frequentes manifestações de doenças banais no meio popular são, muitas vezes, consequências de problemas mais profundos na vida familiar, tendendo a se concentrar em famílias que vivem situações especiais de crise e que são marginalizadas da rotina de atendimento orientada pela demanda espontânea. Os problemas dessas famílias em situação de risco eram muito profundos e complexos para serem curados, mas não para serem cuidados.

Neste momento em que se expande no Brasil o Programa Saúde da Família, os caminhos apontados podem ser importantes para a reorientação do modelo de assistência de forma que passe a priorizar ações voltadas para a renovação dos padrões socioculturais e socio-psíquicos que governam a vida cotidiana dos cidadãos e dos profissionais de saúde.

Esta publicação foi viabilizada pelo Programa VEPOP-SUS (Vivências de Extensão e Educação Popular em Saúde no SUS), o qual faz parte da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS), através do apoio, colaboração e fomento do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

O VEPOP-SUS é uma iniciativa de apoio e fomento às experiências de Extensão Universitária na linha da Educação Popular em Saúde, de maneira integrada com os espaços e sujeitos do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como com os grupos, movimentos e iniciativas de saúde do campo popular no Brasil. Uma de suas frentes de atuação é o apoio ao desenvolvimento de publicações em andamento e republicações de obras relevantes no âmbito da Extensão Popular em Saúde, assim como a divulgação de produtos referentes a pesquisas realizadas neste campo e de reflexões sobre estas práticas. No sentido de incentivar e aprimorar o registro, a pesquisa e a sistematização de experiências exitosas nas diferentes iniciativas em nível nacional.

Esperamos que esta obra possa contribuir para a formação de novos perfis profissionais pautados na Educação Popular e fomentar novas atividades e pesquisas relacionadas à Extensão Popular em Saúde.



Ministério da Saúde | SGEP | SGTES



EDUCAÇÃO POPULAR e atenção à saúde da família

EYMAR MOURÃO VASCONCELOS

6.ª EDIÇÃO

EDITORA HUCITEC

## EYMAR MOURÃO VASCONCELOS



Imagem de capa: Obra de Maria do Socorro Santos, pintora e militante do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro, falecida em março de 2005. Evoca a complexidade multicolorida e fascinante que descobrimos na vida comunitária, quando nela nos inserimos com sensibilidade e compromisso. A pintura, através de um estilo predominantemente surrealista, foi para Socorro a forma privilegiada de expressar sua individualidade, de reconstruir um projeto de vida e trabalho, e de participação nas lutas sociais. A reprodução de quaisquer de suas imagens só pode ser feita mediante a autorização do Projeto Maria do Socorro Santos, que detém os direitos autorais da obra da artista. Além disso, seus melhores quadros estão disponíveis em cópias de excelente qualidade, em papel couchê, tamanho A3 ou A4. Contatos: Instituto Franco Basaglia: Av. Venceslau Brás, 65, 1.º andar, Instituto Pínel, CEP 22290-140, Borafoço, Rio de Janeiro, RJ. Tels.: (21)2542-3049, ramal 2.109, ou (21)2295-1857. Internet: <www.ifpb.org.br> e e-mail: <ifpb@ifpb.org.br>. Arte final: Mariana Nade.

*Saúde em Debate 130*

DIREÇÃO DE

Gastão Wagner de Souza Campos

José Ruben de Alcântara Bonfim

Maria Cecília de Souza Minayo

Marco Akerman

Yara Maria de Carvalho

EX-DIRETORES

David Capistrano Filho

Emerson Elias Merhy

Marcos Drumond Júnior

É coisa preciosa a saúde, e a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injuriosa.

MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE  
(1533-1592), *Ensaíos*.

## SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2013

- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez  
*Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ)*, Suely  
Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni,  
Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
- Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*, Rosana Onocko Campos
- A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos*, Paulo Henrique Fernandes Silveira
- Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde* (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto &  
Alexandre de Oliveira Henz
- Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha &  
Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
- Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares*, Marilene  
Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
- Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva*, Giovanni Gurgel Aciole
- Diálogos sobre a Boca*, Carlos Botazzo
- Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos*, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva  
& Samira Valentim Gama Lira
- Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos*, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy
- Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração*, Ana Maria Canesqui (org.)
- Os Hospitais no Brasil*, Ivan Coelho
- As Bases do Raciocínio Médico*, Fernando Queiroz Monte
- A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-1985)*,  
Felipe Monte Cardoso
- Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização*, Ana Luiza d'Ávila Viana
- Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato  
(orgs.)
- Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS*, Kathleen Elane Leal Vasconcelos  
& Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
- Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios*, José Patrício Bispo Júnior (org.)
- Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*, Pedro José  
Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leand-  
ro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
- Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha  
Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
- Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*, Juan Carlos Ancieiros  
Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)
- As Ciências Sociais na Educação Médica*, Nelson Filice de Barros
- Os Mapas do Cuidado: o Agir Leigo na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Graça Carapinheiros & Rosemarie  
Andreazza (orgs.)
- Saúde que Funciona: a Estratégia Saúde da Família no Extremo Sul do Município de São Paulo*, Davi Rumel & Adélia  
Aparecida Marçal dos Santos (eds.)
- A reformulação da clínica e a gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas*, Bernadete Peréz Coelho
- Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Alcool, Crack e Outras  
Drogas*, Mirna Teixeira & Zilma Fonseca (orgs.)
- Vêlhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma*, Carlos Augusto Monteciro & Renata Bertazzi Levy (orgs.)
- Saúde e Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986)*, Daniela Carvalho Sophia
- Lutas Sociais e Construção do SUS: o Movimento de Saúde da Zona Leste e a Conquista da Participação Popular*, João Palma

OS DEMAIS TÍTULOS DA COLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE ACHAM-SE NO FIM DO LIVRO

**EDUCAÇÃO POPULAR  
E A ATENÇÃO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

DE EYMARD MOURÃO VASCONCELOS NA HUCITEC EDITORA

*Educação Popular nos Serviços de Saúde*

*A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*

*Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*

*A Espiritualidade no Cuidado e na Educação em Saúde* (org.)

*Perplexidade na Universidade: Vivências nos cursos de saúde,*  
com Lia Haikal Frota & Eduardo Simon (orgs.)

*Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com base em uma Experiência,*  
com Pedro José Santos Caeneiro Cruz (orgs.)

*Educação Popular na Universidade:*

*Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop),*  
com Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela  
Gondim Sarmento & Murilo Leandro Marcos (orgs.)

**EYMARD MOURÃO VASCONCELOS**

com a participação de

Eduardo Mourão Vasconcelos  
Gastão Wagner de Sousa Campos  
João Batista Libânio  
Mercês Gomes Somarriba  
Victor Vicent Valla

**EDUCAÇÃO POPULAR  
E A ATENÇÃO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SEXTA EDIÇÃO**

**HUCITEC EDITORA**  
São Paulo, 2015

© Direitos autorais, 1999, de Eymard Mourão Vasconcelos.

© Direitos de publicação reservados por  
Hucitec Editora Ltda.  
Rua Águas Virtuosas, 323, 02532-000, São Paulo, SP – Brasil  
Tel./Fax: 55 11 2373-6411  
lerereleer@huciteceditora.com.br  
www.huciteceditora.com.br

Coordenação editorial  
MARIANA NADA

Assessoria editorial  
MARIANGELA GIANNELLA

Circulação  
comercial@huciteceditora.com.br  
jmlivros@gmail.com  
Tel.: 55 11 3892-7772 Fax: 55 11 3892-7776

Depósito Legal efetuado.

Impresso no Brasil  
Printed in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Sandra Regina Vitzel Domingues)

---

V 45 Vasconcelos, Eymard Mourão

Educação popular e a atenção à saúde da família. / Eymard  
Mourão Vasconcelos; com a participação de Eduardo Mourão Vasconce-  
los. . . [et al.] 6. ed. – São Paulo: Hucitec; 2015.  
– (Saúde em Debate; 130)

Inclui referências bibliográficas  
ISBN 978-85-8404-044-5

1. Educação sanitária 2. Saúde pública 3. Higiene 4. Nutrição I.  
Vasconcelos, Eduardo Mourão, coord. II. Título III. Série

Índice para catálogo sistemático:

1. Educação sanitária	613.07
2. Higiene: Estudo e ensino	613.07
3. Saúde: Estudo e ensino	613.07
4. Nutrição	613.07



Aos modernos *barões e duquesas* da máquina burocrática do setor saúde que, inspirados no desejo de expandir os serviços à população, mas seduzidos pelo poder, se têm empenhado com extremo ardor e radical intolerância na reforma do sistema de saúde por meio da racionalidade administrativa gestada na indústria capitalista. Instigado por seus autoritarismos e por suas descon siderações sobre a complexidade da dinâmica da relação entre os serviços de saúde e a população, mobilizei-me nessa pesquisa para respeitosa mente pronunciar, com maior clareza, minha discordância.

Aos *profissionais de saúde* que, indignados com a miséria e insatisfeitos com a racionalidade simplificadora das instituições de saúde, num movimento de sucessivas levas, se têm empenhado na aproximação do mundo das classes subalternas em busca de uma prática de saúde mais integral.

Aos *populares* que, mobilizados pelo sofrimento de seus vizinhos e familiares, vêm persistentemente lutando pela construção de uma sociedade com mais saúde, possibilitando com suas percepções, saberes, propostas e pressões um radical redimensionamento de muitas práticas de atenção à saúde, germes, quem sabe, de um novo tipo de política social.

A *Paulo Freire*, pioneiro no difícil trabalho de sistematização teórica da educação popular.

À *universidade pública brasileira* que, apesar de todas as dificuldades, continua sendo um espaço central de construção de um conhecimento crítico da realidade nacional.



## ESPECIAL AGRADECIMENTO

aos profissionais do Centro de Saúde Vila Leonina e aos membros da sua Comissão Local de Saúde que participaram dessa pesquisa com criatividade e sensibilidade;

às professoras Maria Mercês Gomes Somarriba (Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG), Nelsina Melo de Oliveira Dias (Departamento de Nutrição da UFPB), Marlene Alves de Assis (Colégio Santo Antônio de Belo Horizonte) e ao professor João Carlos Pinto Dias (UFMG), que orientaram, apoiaram e corrigiram esta pesquisa e este livro;

aos professores Victor Valla (Ensp-Fiocruz), Miguel Arroyo (UFMG), Jayme Neves (UFMG), Itamar Sardinha (UFMG) e Gastão Wagner (Unicamp) que, participando da banca de avaliação desta pesquisa, fizeram inúmeras sugestões.

Endereço para correspondência:  
Departamento de Promoção da Saúde — CCM/UFPB  
Cidade Universitária  
58059-900 – João Pessoa – PB  
Tel.: (83)3216-7242  
e-mail: [eynard.vasconcelos@gmail.com](mailto:eynard.vasconcelos@gmail.com)



# SUMÁRIO

	<i>pág.</i>
Apresentação: A RIQUEZA MULTIFACETADA DA VIDA DOS POBRES E A POBREZA UNIDIMENSIONAL DA MEDICINA DOS RICOS . <i>Eduardo Mourão Vasconcelos</i>	10
1. INTRODUÇÃO . . . . .	21
1.1. Atenção primária à saúde e o cotidiano das doenças infecciosas e parasitárias no meio popular . . . . .	21
1.2. Os centros de saúde como espaços privilegiados de enfrentamento dos problemas de saúde . . . . .	22
1.3. As transformações da educação em saúde e do relacionamento entre os serviços de saúde e a população . . . . .	25
1.4. Uma concepção de educação popular em saúde . . . . .	29
2. VISÃO GERAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERIFERIA URBANA . . . . .	33
2.1. Um serviço em meio a ampla história de intervenções estatais e lutas no mundo popular . . . . .	34
2.2. Idas, voltas e desvios no desenvolvimento da pesquisa . . . . .	40
2.3. Dificuldades na relação entre o serviço de saúde e a população apesar do discurso institucional de participação . . . . .	51
2.4. Diversidade e fragilidade das práticas de educação em saúde . . . . .	68
3. INSERIR, OBSERVAR, INTERVIR E REFLETIR. ASSIM SURGE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO . . . . .	79
3.1. O caminho se faz ao caminhar: a priorização dos grupos de desnutridos e do vídeo artesanal . . . . .	79
3.2. Para além da percepção institucional de comodismo . . . . .	84



3.3. Visitando e desvendando a dinâmica da miséria e da desnutrição . . . . .	99
3.4. Delineando a estratégia de apoio a partir do acompanhamento de uma família . . . . .	114
3.5. Organização de um projeto de acompanhamento das famílias em situação de risco . . . . .	130
3.6. A valorização da família nas políticas sociais . . . . .	159
4. ABORDAGEM DIFERENCIADA ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO COMBATE ÀS DOENÇAS . . . . .	177
4.1. Assustando-se com a dimensão das doenças infecciosas e parasitárias em famílias acompanhadas pelo serviço . . . . .	181
4.2. Marchas e contramarchas do apoio ao saneamento da Vila Pantanal . . . . .	200
4.3. Tentando reorientar a verticalidade da campanha sanitária contra os ratos . . . . .	215
4.4. O vídeo artesanal como uma técnica de comunicação popular alternativa . . . . .	231
4.5. A crise do projeto de acompanhamento às famílias em situação de risco do Centro de Saúde Vila Leonina . . . . .	238
4.6. Educação popular e pesquisa-ação como estratégias de combate às doenças . . . . .	248
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS . . . . .	267
6. REFLEXÕES SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA UTILIZADO . . . . .	273
6.1. Educação popular e pesquisa . . . . .	273
6.2. Pesquisa em educação popular em tempos de pós-modernidade . . . . .	276
6.3. A pesquisa-ação como um instrumento de reorientação da medicina . . . . .	278
7. DIÁRIO POÉTICO DA PESQUISA . . . . .	283
7.1. As palavras do silêncio . . . . .	284
7.2. Secura, inquietude e palavra . . . . .	284
7.3. Minha música . . . . .	286
7.4. Lentidão com emoção . . . . .	287
7.5. O sentido salva . . . . .	288
7.6. Meu jeito . . . . .	291
7.7. O velho e a calma . . . . .	294
7.8. Pasmaceira meditabunda . . . . .	295
7.9. Fala, falus . . . . .	296
7.10. Render-se . . . . .	298
7.11. Locomotivas da objetividade . . . . .	300
7.12. Palavras de dor e gozo . . . . .	301
7.13. Palavra guerreira . . . . .	302
7.14. Ei mar . . . . .	304





7.15. Educação e interiorização . . . . .	307
7.16. Um modo de estruturação da subjetividade; mística e criação . . . . .	309
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .	315
9. COMENTÁRIOS . . . . .	321
9.1. Ainda a educação popular para enfrentar o fosso cultural na nova ordem mundial . . . . .	321
<i>Victor Vicent Valla</i>	
9.2. Comentários de um teólogo da libertação . . . . .	324
<i>João Batista Libânio</i>	
9.3. Sobre um novo modo para pensar e fazer saúde pública. . . . .	330
<i>Gastão Wagner de Sousa Campos</i>	
9.4. Os deslocamentos atuais do campo das ciências sociais em saúde: notas de uma orientadora . . . . .	333
<i>Mercês Somarriba</i>	





## Apresentação

# A RIQUEZA MULTIFACETADA DA VIDA DOS POBRES E A POBREZA UNIDIMENSIONAL DA MEDICINA DOS RICOS

Eduardo Mourão Vasconcelos<sup>1</sup>

**N**ÃO É FÁCIL FAZER uma apresentação do trabalho do “mano”. Além do mesmo sangue, somos muito “misturados”, pois são muitos anos também de profunda amizade, compadrio, de troca de figurinhas e buscas comuns na vida pessoal, no trabalho e na militância na área social e em saúde comunitária. Tenho de confessar: não tenho o distanciamento necessário, e o que disser será absolutamente suspeito e parcial. Mas, exatamente aí, nesta cumplicidade antiga, é que pode estar uma possibilidade de mostrar a você, leitor, algo que talvez não se revele tão facilmente no texto. Vamos lá, então.

Para quem ainda não o conhece, Eymard é um médico formado no ferver das inquietações militantes do tempo da ditadura, que se embrenhou pelo interior da Paraíba como professor universitário e ativista em saúde comunitária. Fez mestrado na área da educação, sistematizando esta experiência pela ótica da educação popular, e que está disponível em seus livros já publicados.<sup>2</sup> O presente livro corresponde a sua tese de doutoramento em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais, defendida em 1997.

Vocês leitores irão perceber, no trabalho de Eymard, uma espécie de continuidade com as melhores e mais sensíveis tradições brasileiras em educação popular, etnografia e antropologia, sociologia crítica e medicina social. Aqui, o espírito e o talento de Paulo Freire, Carlos Rodrigues Brandão, Eunice Durham, Madel Luz, José de Souza Martins, Alba Zaluar, Michel Thiollent, Gastão Wagner de Sousa Campos e Victor

---

<sup>1</sup> Psicólogo e cientista político, doutor pela Universidade de Londres, professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e autor de livros como *O que é psicologia comunitária* (Brasiliense, 1996) e *Do hospício à comunidade* (Segrac, 1992).

<sup>2</sup> *A medicina e o pobre*, publicado pela Editora Paulinas em 1987, e *Educação popular em serviços de saúde*, publicado pela Hucitec em 1997 (terceira edição).





Valla, entre outros, estão presentes de forma inequívoca. Mas já notamos aqui também algumas presenças esparsas, gratas e inusitadas, e geralmente ausentes nestas tradições: a Psiquiatria Democrática italiana, a psicanálise, a análise do discurso e as abordagens institucionalistas.

Mas é bom avisar logo: lê-lo não é tão fácil! Ele traz, na mesma “garfada”, um gosto delicioso e, ao mesmo tempo, inquietante e amargo. Neste livro, como em tudo profundamente humano, temos o mel e o fel. Vejamos.

Uma das melhores delícias sem dúvida está em nos defrontarmos com um autor absolutamente transparente. Pois além de médico e educador, é profundamente gente, e daquele tipo que se expõe abertamente ao seu interlocutor ou leitor. Em pleno trabalho de doutoramento, temos um escritor que a todo momento abre seus desafios existenciais e o coração e, até mesmo, sua veia poética, como no diário poético anexo. Eymard é um exemplo vivo de quem acha que o sujeito da ciência e da transformação social deve ter coragem de se mostrar inteiro, com todas as suas dimensões do humano à flor da pele, ou seja, do texto, sejam elas virtudes ou sombras.

Mas não se iludam pensando que se trata apenas de uma característica pessoal de personalidade ou de estilo. Sutilmente, ele já manda um recado amargo para os profissionais convencionais, que se escondem atrás do jaleco branco da onipotência do saber, da objetividade científica “careta” e da prepotência corporativista. Eymard aqui já trabalha com um outro modelo de conhecimento, cuja ponta já visualizamos na psicanálise, quando indica a questão da contratransferência na relação analítica ou, como no movimento institucionalista, quando seus autores falam da importância da explicitação das *implicações* não só subjetivas, mas também sociais, políticas, eróticas, etc., do cientista e profissional com o campo de análise e intervenção. Eymard assume esta concepção em toda a sua radicalidade, como um *princípio teórico-epistemológico* implícito em todo o trabalho de pesquisa, e que abarca tanto o sujeito como o objeto do conhecimento, em claro confronto com o paradigma da medicina tradicional. A cada passagem do texto, a cada caso concreto de família de crianças desnutridas da Vila Leonina, favela de Belo Horizonte onde o estudo foi feito, temos exemplos vivos de como a medicina racionalista reduz o seu objeto — um outro sujeito humano, em sua singularidade, subjetividade e sua trama de relações sociais e ambientais — e lhe elimina toda a complexidade. Em um saber alternativo a este, que é assumido aqui, *tanto o objeto quanto o sujeito do conhecimento devem ser “enriquecidos” e transversalizados, assumidos em sua multidimensionalidade e complexidade, em uma perspectiva claramente inter ou mesmo transdisciplinar*. Assim, de forma radical, Eymard se escancara, revelando toda a sua riqueza existencial, política, subjetiva, permitindo ao leitor saber e acompanhar exatamente a sua perspectiva de olhar e ver o mundo. É esse mesmo reconhecimento explícito de si que permite a ele ir ao encontro das dimensões mais inusitadas de cada um de seus casos. Ao mesmo tempo, nesta proposta, sujeito e objeto da pesquisa podem reconhecer-se como semelhantes em suas dimensões mais profundamente humanas. Não é por acaso, por exemplo, que ao passar o domingo e almoçar na casa de Alberto e Diva, um casal de alcoólatras com





crianças fortemente desnutridas, e que constituiu um de seus principais estudos de caso, Eymard também tomou sua cerveja e festejou com eles: “naquele momento, eu era um companheiro de viagem”, escreve ele aqui como se fosse em um diário.

Nem sempre, porém — é bom assinalar — essa referência ao paradigma da complexidade<sup>3</sup> está plenamente explicitada em todo o texto. Alguém mais afoito poderia até cobrar uma crítica mais contundente da medicina convencional e de suas raízes mais básicas no paradigma da simplicidade, para utilizar a terminologia de Morin. Realmente, o constante convite que Eymard faz aos profissionais para uma visão mais ampliada, participativa, comunitária e dialógica com a realidade da clientela, parece, às vezes, evitar um enfrentamento mais radical com as próprias bases epistemológicas e paradigmáticas desta medicina ainda hegemônica nos dias atuais. Entretanto, é bom lembrar que este trabalho foi desenvolvido como tese de doutoramento em um programa de pós-graduação em medicina tropical que, mesmo respeitando a seriedade de seu doutorando, não conseguia entender bem a sua proposta de estudo. A sua ousadia institucional e metodológica não foi fácil, sendo compreendida apenas mais tarde, particularmente no momento do exame da tese, quando foi premiada com algo inédito no programa: uma aprovação com louvor e não apenas indicação, mas “exigência” unânime de que fosse publicado. Mesmo assim, há trechos cristalinos onde essa crítica aparece em todas as suas letras: “a complexidade evidenciada por trás de infecções aparentemente tão simples nos membros destas famílias questiona profundamente a racionalidade médica hegemônica”, dirá ele no final do quinto capítulo. É o que tento repetir aqui: *que pobreza tem essa medicina dos ricos, incapaz de abordar a riqueza multifacetada da vida dos pobres!*...

Você, leitor, estará em lugar privilegiado para perceber esta ousadia e coragem, por exemplo, nos passos metodológicos que Eymard utilizou, ao estudar cada uma das famílias em risco, com crianças desnutridas em II ou III grau. A medicina já tem consolidado há muito a metodologia de estudo de caso clínico e seus procedimentos semiológicos. O autor adaptou-a para as condições populares, em que normalmente não se pode contar com os recursos e a parafernália da medicina tecnológica, e enriqueceu-a do método etnográfico e das metodologias da educação popular e da pesquisa-ação. Assim, muito além da visita domiciliar convencional para coleta de dados (e que geralmente nem é feita nos serviços atuais), tivemos a convivência desarmada e prolongada com os seus informantes clientes, no seu próprio ambiente, com uma refinada garimpagem das lógicas de sentido — sociológicas e simbólicas — implícitas a seu modo de existir e seus valores, por meio de registro em diário de campo e da técnica de vídeo artesanal, com seu uso operativo como forma de registro e especial-

---

<sup>3</sup> Em relação a este tema, ver Morin, E. (1991) *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, e Castiel, Luís D. (1994) *O buraco e a avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus.



mente de intervenção e debate no campo dos trabalhadores da saúde e dos grupos associativos populares.

O resultado deste estudo multifacetado está na riqueza dos relatos so-bre cada uma destas famílias. Assim, a todo o momento, nos saltará aos nossos olhos e corações os constantes *sustos e sorpresas* que o próprio autor e a equipe do Centro de Saúde da Vila Leonina foram tendo quando defrontados com a complexidade e a dramaticidade das situações dessas famílias e dos desafios exigidos para a sua abordagem. As doenças infecto-contagiosas dos membros destas famílias constituem apenas a pontinha de vasto *iceberg* de condições sociais e ambientais de vida, moradia e de trabalho, de relações diferenciadas com o prazer, a cachaça e a droga, e de dimensões culturais e simbólicas profundas, que nem sempre são re-veláveis. Várias vezes nos deparamos no texto com expressões do tipo “a impossibilidade de tomar conhecimento de muitos aspectos significativos da vida daquela família”; “havia dimensões de suas vidas que não queriam revelar”. Outras vezes, os dilemas e desafios são claramente éticos, como a dúvida, diante de situações concretas, entre o respeito à diferença cultural e o ímpeto de intervir em situações que causam franca indignação, tendo em vista as dimensões universais comuns a todos os seres humanos.

Esses desafios não estão relacionados apenas ao fenômeno da realidade social em que se intervém, mas também à própria dinâmica das equipes de trabalhadores da saúde e suas instituições. A complexidade das situações enfrentadas requer dos serviços e de suas equipes enorme flexibilidade, um alargamento da abordagem, com alto custo institucional e fortes exigências para os profissionais, causando até mesmo sobrecarga emocional e depressões entre eles, com afirma Eymard na seção 3.3 e 3.5. Assim, seu estudo permite ao mesmo tempo compreender e denunciar os mecanismos com que as instituições e os profissionais de saúde reduzem, recusam ou se defendem deste confronto aberto com a complexidade e tragicidade destas realidades: “a pediatra estava voltada apenas para os problemas orgânicos de L. H.” (seção 3.4), ou na fala dos médicos (“nós não temos nada que fazer diante desta miséria” — *ibidem*), ou também na sua acusação de que, ao se buscar uma abordagem mais ampla, se “estava fugindo do tema” (seção 3.2), ou ainda nos “emperramentos (institucionais), por baixo dos panos, no trabalho com a comunidade” (seção 3.5).

Eymard mostra, na verdade, desde o nível micro, a atual macrocrise “das tentativas de intervenção ampliada do Estado” no plano da saúde, da assistência social e das políticas públicas em geral, e da difícil ou quase impossível integração entre elas nos quadros da realidade brasileira (seção 3.4). Mas não é, de jeito algum, uma abordagem derrotista ou pessimista. Pelo contrário, seu trabalho já indica os sinais de programas oficiais que, a despeito das limitações, abrem espaço para projetos locais com potencial razoável de mudanças em um sistema de saúde já quase completamente municipalizado, como é o caso do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde. Todavia, Eymard não pára aí, mostrando que não basta apenas vontade política macroinstitucional e recursos, mas que temos muito ainda que aprender o “saber



fazer” pequeno, no próprio processo de trabalho profissional (seção 4.1), o que é possível e necessário desde já. Mostra também que é preciso ousadia pessoal e institucional e uma subjetividade radical, para podermos “caminhar na insegurança da ausência de definição prévia dos passos necessários” (seção 4.2), e que isso está, hoje mesmo, ao alcance dos pequenos grupos de trabalhadores e projetos-piloto em saúde, educação e trabalho social.

Mas mais fundamentalmente ainda, Eymard nos põe diante do desafio do que alguns autores vêm chamando a atenção recentemente, para a questão do *cuidado social*: “mingau quente se toma pelas beiradas”, e que “os problemas dessas famílias, possivelmente as mais miseráveis entre as existentes nessa favela, eram muito profundos para serem ‘curados’, mas não para serem cuidados” (seção 3.5). Numa conjuntura econômica, política e social muito desfavorável, o trabalho de Eymard deve soar como mais um grito, uma interpelação a todos os humanos que têm um coração no peito, e particularmente para quem tem compromisso explícito com os interesses democráticos e populares, para a *compaixão* e a *paciência histórica ativa*. Se a história é dialética e a realidade é constante transformação, será exatamente baseado nestes pequenos projetos-laboratório criativos, que poderemos no futuro, em melhores conjunturas, ampliar o efeito hoje pontual dessa compaixão, para amplos serviços em projetos societários mais justos e igualitários, e, ao mesmo tempo, mais livres e democráticos.

Rio de Janeiro, setembro de 1997.







# I INTRODUÇÃO

## I.1 Atenção primária à saúde e o cotidiano das doenças infecciosas e parasitárias no meio popular

**D**iarréia, escabiose (sarna), verminoses intestinais, impetigo (perebas), micoses cutâneas, doenças venéreas, infecções exantemáticas agudas (como catapora, rubéola e sarampo), resfriados, pediculose (infestação por piolho), pneumonia, tungíase (bicho-de-pé), faringites e outras doenças infecciosas e parasitárias fazem parte da rotina diária das famílias das classes populares brasileiras. Numa mesma família se costuma observar, ao mesmo tempo, várias dessas infecções que têm caráter extremamente repetitivo. Muitas vezes, um membro da família só é levado a um serviço de saúde quando é ultrapassado determinado nível de tolerância ou quando surge alguma nova condição, que facilite o acesso. Nessa convivência diária com as doenças infecciosas corriqueiras há elementos de sofrimento e desespero, resistência e busca de estratégias de enfrentamento, esgotamento e passividade. Estes elementos se interagem numa dinâmica complexa a partir das condições materiais e sociais a que estas pessoas estão submetidas. Os serviços hospitalares, ambulatoriais e as campanhas de saúde pública interferem apenas pontualmente e ocasionalmente nesta dinâmica. Pouco se tem estudado a respeito de como as classes populares as estão entendendo, elaborando-as e se apropriando das mensagens e saberes transmitidos nas ações oficiais de saúde.

Uma vez que a ação dos serviços no meio popular é tênue, a superação da situação de intenso adoecimento por doenças infecciosas e parasitárias, encontrada sobretudo nos primeiros anos de vida, depende do envolvimento da população na busca de novas estratégias e do reforço às posturas de luta e enfrentamento que sejam cientificamente respaldadas e apropriadas às condições materiais e sociais em que vivem. Depende

também da construção e desenvolvimento de serviços e obras públicas adequadas a essas condições. No entanto a medicina tem concentrado esforços no desenvolvimento de técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas que atuam no processo saúde-doença apenas no nível do corpo biológico e que são voltadas para o enfrentamento de doenças isoladas. O esforço médico, em geral, corre paralelo, dessincronizado e até em oposição ao esforço popular de combate aos problemas de saúde. Não tem sido preocupação importante da medicina a compreensão dos saberes, das estratégias, dos significados imaginários e das contradições e passividades do meio popular diante das doenças infecciosas e parasitárias usuais de forma que possibilite uma crítica dos procedimentos médicos e sanitários tradicionais e a criação de novas formas de abordagem de modo que caminhe para a integração entre o agir médico e o agir popular. Normalmente se confia no “bom senso” dos profissionais para a construção dessa integração. Outras vezes se delega esta tarefa a profissionais específicos (visitadoras sanitárias, assistentes sociais, etc.) que, atuando de forma paralela e desvinculada da rotina de atendimentos técnicos individuais prestados, terminam não conseguindo uma mudança significativa na globalidade das práticas de enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias.

Com a emergência dos Serviços de Atenção Primária à Saúde, essas questões tornaram-se fundamentais. Antes, a grande distância entre os hospitais e ambulatoriais centrais e o cotidiano da vida popular tornava impossível uma interferência mais significativa nesse nível para os profissionais aí situados. Mas os Centros e Postos de Saúde representam uma inovação institucional justamente porque possibilitam essa aproximação. A experiência internacional, como é o caso cubano, tem demonstrado que sua surpreendente eficiência dá-se à medida que o serviço consegue inserir-se profundamente na dinâmica social local. Nesse sentido, é prioritário superar o fosso existente entre a ação médica e a ação popular na luta contra as doenças infecciosas e parasitárias.

## **1.2 Os centros de saúde como espaços privilegiados de enfrentamento dos problemas de saúde**

Desde meados da década de 1970 vêm se multiplicando os Centros e Postos de Saúde no Brasil. Apesar de marcados pela carência material e de recursos humanos qualificados, pela sua utilização eleitoreira pela classe política e pela falta de eficiência operacional, estes novos serviços estão assumindo importância central nas estratégias de combate às doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. O fato de estarem mais profundamente

inseridos na dinâmica social local, de terem constância e continuidade de atuação, de integrarem ações educativas, preventivas e curativas e de serem de fácil acesso à população proporciona a esses serviços grande potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte, como já foi evidenciado em muitas experiências internacionais e em alguns municípios brasileiros. Com o movimento de Reforma Sanitária e o processo de implementação do Sistema Único de Saúde, eles tendem a se constituir como o alicerce da assistência à saúde. As grandes endemias que vinham sendo enfrentadas a partir de programas especiais implementados por órgãos federais ou estaduais mediante campanhas verticais vão, aos poucos, passando para a responsabilidade dos municípios, onde os serviços locais de saúde são a maior ferramenta institucional. Mas, como será visto, essa passagem não é tranqüila.

No novo contexto, diferentes concepções e propostas de organização da Atenção Primária à Saúde convivem e divergem entre si. Conseqüentemente, diferentes concepções e propostas de enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias no nível local também convivem e digladiam entre si. As diferentes propostas de organização da Atenção Primária à Saúde podem ser, esquematicamente, agrupadas em três padrões básicos: assistência *médica* primária, atenção primária *seletiva* à saúde e atenção primária *integral*<sup>1</sup> à saúde (MacDonald & Warren, 1991:39; Banerji, 1984).

a) o padrão da *assistência médica primária* resulta da transposição para os serviços locais de saúde do modelo de atenção dominante nos consultórios privados, ambulatorios e hospitais que é centrado na consulta médica. As demais atividades (vacinação, curativos e ações educativas) entram de forma subalterna e restrita. Não se valoriza ou se abre espaço para a participação dos indivíduos e grupos locais em suas atividades.

b) o padrão da *atenção primária seletiva*, proposto inicialmente por Walsh & Warren em 1979<sup>2</sup> (citado em Banerji, 1984), é justificado pela

---

<sup>1</sup> O termo *integral* é a tradução usual da palavra inglesa *comprehensive*, que no entanto seria mais bem traduzida por *abrangente*. Acredito ser o termo integral muito pretensioso, uma vez que acena para a possibilidade de algum serviço de saúde, com suas limitações históricas, atender as necessidades globais de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. Por essa razão usarei com freqüência o termo *atenção alargada* à saúde por lembrar a dimensão de movimento, sempre insuficiente, de ampliação em algumas direções (a ampliação generalizada da atenção à saúde, como mostrou Ivan Illich, é iatrogênica) da atenção à saúde.

<sup>2</sup> Walsh, J. A. & Warren, K. S. *New England Journal of Medicine*, 301:967, 1979.

consideração de que não há recursos materiais e humanos disponíveis para o atendimento global de toda a população, sendo portanto necessário restringir as atividades sanitárias à abordagem de número pequeno de problemas de saúde que afetam a um grande número de pessoas e para o qual se disponha de métodos de intervenção pouco onerosos e de comprovada eficácia. Assim, a atenção à saúde fica reduzida à implementação de uma série de tarefas técnicas bem delimitadas e padronizadas, que não requerem maior qualificação profissional para serem executadas. Para cada problema selecionado estabelece-se uma técnica de saúde pública com metas a serem atingidas já matematicamente calculadas. Assim, a diarreia é enfrentada apenas com a difusão da terapia de reidratação oral. A tuberculose é combatida com a ampla cobertura de vacinação BCG e a detecção precoce de doentes mediante a realização de pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (Baar) em sintomáticos respiratórios (cujo número é previsto estatisticamente) feitos por profissionais de curto treinamento. O próprio tratamento é padronizado. O problema do sarampo tem a solução: uma vacinação específica. A doença de Chagas é enfrentada com a borrifação de inseticidas nos domicílios. As patologias não contempladas com técnicas ou programas especiais são menosprezadas. O mesmo menosprezo acontece com as outras dimensões biológicas, sociais e culturais geralmente entrelaçadas em cada problema médico. Quando se consegue a implementação deste padrão, obtém-se significativo impacto nos indicadores estatísticos de mortalidade com custos reduzidos pois se concentra a ação em problemas de grande repercussão, mas não se responde às necessidades globais da população. Esse modelo já conta com razoável corpo de conhecimento teórico e operacional desenvolvido internacionalmente, e foi inicialmente implementado no Brasil pelos órgãos federais de controle de endemias. Seu desafio operacional atual é a adaptação técnica à descentralização e à municipalização exigida pelo SUS. Diante da grande crise financeira vivida pela Estado capitalista moderno, é o modelo mais buscado como resposta barata e simplificada às crescentes pressões populares. Tende a ser implementado especialmente entre os setores da população não integrados aos segmentos mais dinâmicos da economia.

c) o padrão de *atenção primária integral à saúde* foi anunciado e divulgado de forma ampla em 1978 na Conferência de Alma-Ata patrocinada pela Organização Mundial da Saúde e tem como eixo principal o apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e sua saúde (MacDonald & Warren, 1991). Por ser um modelo de atenção ainda em construção tem características menos definidas. No Brasil, ele vem sendo implementado em serviços

onde os movimentos populares locais, aliados a profissionais de saúde identificados com seus interesses, conseguiram conquistar maior controle do seu funcionamento, redirecionando suas práticas cotidianas. Neles se busca enfrentar o caráter global e complexo dos problemas de saúde da classe trabalhadora. Esses serviços se organizam com base na contínua relação com os movimentos populares locais, no intercâmbio entre o saber popular e o saber técnico e na interdisciplinaridade da prática profissional em saúde. Assim, a abordagem de um caso de blenorragia em uma senhora, de forma alguma, reduz-se ao tratamento precoce e à busca de comunicantes. Discute-se uma possível crise emocional e conjugal explicitada pela doença ou conseqüente ao conhecimento do diagnóstico. O tema pode ser visto como importante para reflexão no grupo de mães e para apoio no trabalho educativo que se desenvolve com as prostitutas locais. O método de planejamento familiar adotado pela paciente é rediscutido à luz da nova situação conjugal. Práticas como esta se vêm desenvolvendo em uma série de experiências esparsas pelo território nacional e apontam para nova forma de abordar os problemas de saúde que supera a tradição positivista e mecanicista da medicina. Mas, além de enfrentarem a carência de recursos materiais das políticas sociais, o boicote político e as exigências de produtivismo numérico dos órgãos centrais do sistema de saúde, essas práticas sofrem do vazio teórico e da falta de sistematização das experiências já realizadas. São necessários novos instrumentos teóricos e metodológicos que permitam o aperfeiçoamento deste alargamento da assistência à saúde.

### **1.3 As transformações da educação em saúde e do relacionamento entre os serviços de saúde e a população**

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil, na qual o combate das doenças infecciosas e parasitárias ocupou lugar central.

Foi justamente para combater as epidemias de varíola, peste e febre amarela nos grandes centros urbanos que, no final do século XIX e início do século XX, se estruturaram as primeiras intervenções ampliadas do Estado voltadas para a saúde das classes populares. Essas epidemias estavam trazendo grandes transtornos para a exportação de café. Aconteceram, então, as primeiras práticas sistemáticas de educação em saúde. Num contexto político de forte domínio das oligarquias rurais e de extrema



debilidade dos atores populares, cuja maioria havia recentemente saído da escravidão, a educação em saúde naquelas campanhas urbanas de saúde pública era ainda breve e marginal porque, para as autoridades, o povo era incapaz de maiores entendimentos. Predominava a imposição de normas e medidas de saneamento consideradas científicas pelos técnicos e burocratas.

Foi preciso que a enorme expansão urbana do início do século criasse nas grandes cidades uma classe média mais independente das oligarquias rurais para que surgissem propostas menos autoritárias de intervenção na saúde popular. Intelectuais passam a contestar a crença, até então dominante, de que a salvação nacional passava pela europeização e branqueamento da população através da imigração estrangeira e imposição de novos padrões de comportamento. Estudos sobre as condições de vida e saúde da população rural produzidos por médicos tropicalistas do Instituto Osvaldo Cruz tiveram grande repercussão política. Monteiro Lobato, expressando um clamor emergente nas grandes cidades, assume em 1918 a bandeira de luta: “Sanear é a grande questão nacional”. O problema brasileiro não estava na raça, mas nas doenças que tornavam a população preguiçosa e sem iniciativa. As ações médicas e a educação assumem então importância central no debate político nacional. Apesar do relutante apoio do aparelho estatal, ainda dominado pelas oligarquias rurais, surgem várias campanhas e serviços voltados para o saneamento dos sertões no final da Primeira República. Este auge político da educação em saúde voltada para o controle das endemias estava, no entanto, marcado pela ausência do ator popular como elemento ativo (Costa, 1986). Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que devia ser incorporado e aplicado pela população ignorante. Se já não se via mais o povo como culpado pela situação de subdesenvolvimento, ele continuava, porém, sendo visto como vítima incapaz de iniciativas criativas, enquanto não melhorasse sua situação de saúde pela adoção das medidas proclamadas.

A partir de 1930, a ação estatal no setor saúde se concentra na construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores mais organizadas politicamente, em que as ações de caráter coletivo são esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individual. Ações educativas em saúde ficam restritas a programas e serviços destinados a populações à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias. Em algumas situações conjunturais específicas, esses programas e serviços se expandem. É o caso da crise na produção mundial de borracha e manganês durante a Segunda Guerra, que torna militarmente estratégico para os países aliados

o incentivo de sua extração no Brasil. Com tal finalidade, organiza-se, sob o comando de militares norte-americanos, o Serviço Especial de Saúde Pública — Sesp — na região amazônica e no vale do rio Doce. Esses serviços significaram a vinda para o Brasil de novas tecnologias de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional. Para a educação em saúde introduziram-se novas técnicas de difusão de informação e convencimento em que, no entanto, a população continuava a ser vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias.

Enfim, até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de educação em saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individualizada.

O governo militar, imposto pela Revolução de 1964, criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão acima descrito. Nessa época, a política de saúde se volta para a expansão de serviços médicos privados, especialmente hospitais, nos quais as ações educativas não tinham espaço significativo. A “tranqüilidade” social imposta pela repressão política e militar possibilitou que o regime voltasse as atenções para a expansão da economia diminuindo os gastos com as políticas sociais. Com os partidos e sindicatos esvaziados, a população vai aos poucos buscando novas formas de resistência. A Igreja Católica, que conseguira preservar-se da repressão política, apóia esse movimento, possibilitando o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. O método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire, constitui-se como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajam-se no processo. Nos subterrâneos da vida política e institucional se vai tecendo a estrutura de novas formas de organização da vida política. Essas experiências possibilitam que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão configurando-se iniciativas de busca de soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico.

O setor saúde é exemplar neste processo. Nos anos 70, nos movimentos sociais emergentes, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, em que profissionais de saúde



aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política, movimentos populares, que já tinham avançado na discussão das questões de saúde, passam a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. A experiência ocorrida na zona leste da cidade de São Paulo é o exemplo mais conhecido, mas o Mops — Movimento Popular de Saúde — chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados. Nelas a educação em saúde busca ser uma assessoria técnica às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.

Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde na década de 1980, tais experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam importância. Os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais. Os técnicos que nelas estiveram engajados agora ocupam espaços institucionais amplos nos quais uma convivência direta tão intensa com a população não é mais possível. Mas a experiência de integração vivida por tantos intelectuais e líderes populares, o saber aí construído e os modelos institucionais que começaram a ser gestados continuam presentes. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais têm buscado enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da educação popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social nos grandes centros urbanos. Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos oriunda do conflito distributivo no orçamento, numa conjuntura de crise fiscal do Estado. Nesse sentido, esses grupos estão engajados na luta pela democratização do Estado, na qual o método da educação popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas.

Atualmente há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. Como campo de pesquisa, a segunda interface é muito promissora uma vez que permite contato muito próximo do pesquisador com os

vários atores envolvidos no processo educativo. Nesse sentido, os conhecimentos construídos em tais experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas nos grandes meios de comunicação de massa, se o objetivo é uma metodologia participativa.

#### **1.4 Uma concepção de educação popular em saúde**

Qual é o papel atual da educação popular nos Serviços de Atenção Primária à Saúde? Qual é o seu papel no controle das doenças infecciosas e parasitárias? A resposta a essas questões vem sendo buscada e construída mediante múltiplas experiências em andamento em diferentes municípios brasileiros.

Em 1990, vários profissionais de saúde, presentes no III Simpósio Interamericano de Educação em Saúde realizado no Rio de Janeiro pela União Internacional de Educação em Saúde, perceberam a grande distância entre a metodologia educativa praticada em experiências marcadas pela integração nos movimentos sociais e a metodologia privilegiada pelo Simpósio, voltada para o aperfeiçoamento de técnicas de difusão de conhecimentos e de mudança de comportamento. Dessa insatisfação começou a ser estruturada a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, de cuja coordenação faço parte. O movimento realizou, no final de 1991, o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, em São Paulo. Na ocasião e em outras, como encontros estaduais e várias reuniões realizadas por profissionais envolvidos com a questão, nota-se que, apesar da diversidade de modalidades de atuação presente, vão aos poucos delineando-se os contornos do que seria uma adequação da metodologia da educação popular para a atual conjuntura política e institucional. São contornos ainda pouco precisos, cuja leitura depende muito do olhar de quem os analisa. Assiste-se, então, à construção coletiva de um saber sobre a relação entre técnicos de saúde e a população.

Uma grande parte das práticas de educação popular nos serviços de saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nessas experiências, isso é feito com base em uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo-lhe, cada vez mais, a diversidade e a heterogeneidade. Assim, priorizam a relação com os movimentos sociais locais por serem expressões mais elaboradas desses interesses. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global do serviço, buscam entender, sistematizar e difundir as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos

vários atores envolvidos, de forma que supere as incompreensões e mal-entendidos ou torne conscientes e explícitos os conflitos de interesse. Nessas iniciativas de educação popular em saúde dá-se grande ênfase à estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociação (cartilhas, jornais, assembléias, reuniões, cursos, visitas, etc.) entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais.

A partir de posturas como esta, tem-se assistido, em alguns locais, à emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Nesse sentido, a educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. Apesar de esse processo vir ocorrendo no Brasil de forma fragmentada em experiências e iniciativas marcadas pela transitoriedade, tal constatação coincide com a percepção de autores situados em outros países, como MacDonald & Warren (1991) da Inglaterra e da Austrália, respectivamente:

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disso, ela é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (p. 39).

Grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à Atenção Primária à Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária a Saúde integral (p. 44).<sup>3</sup>

A educação popular não é o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre os diferentes atores sociais, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Mas para o setor saúde brasileiro, a participação histórica no movimento da educação popular foi marcante na criação de um mo-

---

<sup>3</sup> Tradução do próprio autor.

vimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Apesar de uma certa crise do conceito de educação popular nos novos tempos, é ele que vem servindo para identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes.

Que novos delineamentos metodológicos vêm assumindo as práticas de educação popular nos serviços de saúde no atual contexto brasileiro de democracia política e pós-modernidade?

Qual o significado desta metodologia de atuação educativa nos Serviços de Atenção Primária à Saúde?

A pesquisa que originou este livro se estruturou com base nessas preocupações. Partiu do problema das doenças infecciosas e parasitárias porque estava inserida em um curso de pós-graduação em medicina tropical. Nesse sentido, apresenta similaridade com o que vem acontecendo com outras experiências de educação popular em saúde que, com a crescente complexidade das situações institucionais do setor saúde, vêm tendendo a se iniciarem em problemas específicos, buscando, no entanto, correlações com as questões mais gerais.

Assim, com o objetivo de contribuir na explicitação de forma mais clara da metodologia de educação popular em saúde adequada ao atual contexto institucional e analisar o seu significado no combate às doenças infecciosas e parasitárias e no funcionamento dos serviços de atenção primária à saúde, buscou-se nesta pesquisa a inserção em um centro de saúde da periferia de Belo Horizonte, no qual, ao se tentar dinamizar as suas práticas educativas, procurou-se identificar e entender os bloqueios e potencialidades existentes no relacionamento entre os profissionais e a população. Procurou-se mostrar a forma como as questões culturais, cognitivas e subjetivas bloqueiam e potencializam o funcionamento do serviço de saúde nas suas relações com a população, indicando a necessidade de serem assumidas de forma explícita e sistemática pelas instituições de saúde. Trata-se, portanto, de uma pesquisa-ação com ênfase na observação participante em que o envolvimento com alguns problemas de saúde, de forma orientada pela metodologia da educação popular, foi desencadeando uma série de mudanças no modo de relacionamento do serviço de saúde com a comunidade local, possibilitando a reflexão sobre os limites e as potencialidades da utilização do método.



## 2 VISÃO GERAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERIFERIA URBANA

**N**OVE DE AGOSTO DE 1994. Dirigindo devagar pela Avenida Barão Homem de Melo em direção ao Centro de Saúde Vila Leonina, reparava na imensa favela subindo o morro das Pedras à minha esquerda. Iniciava, nesse dia, minha pesquisa em campo. Sentia-me desafiado e tenso. A idéia de favela associada a tráfico de drogas, violência e vidas desregradas está muito presente no imaginário social. Jornais e emissoras de televisão davam, na época, imenso destaque às demonstrações de força e violência das quadrilhas ligadas ao tráfico de drogas nas favelas do Rio de Janeiro. Discutia-se sobre a necessidade de sua ocupação pelo Exército, como única forma de lhes suplantarem o poderio. Mas, ao mesmo tempo, eu seguia estimulado pelo desafio: sabia, por experiências anteriores, que o medo generalizado contra o pobre urbano está carregado de preconceitos, contribuindo para alargar o fosso entre os serviços de saúde e a população da periferia. Além disso, com o intenso processo de urbanização da sociedade brasileira, torna-se cada vez mais importante compreender a dinâmica de adoecimento e de cura dessas populações urbanas. Em 1991, 75,5% da população já residia em áreas urbanas (Sabrosa et al., 1995:197). Até então, minha experiência maior como profissional de saúde havia ocorrido em área predominantemente rural da região do Brejo do estado da Paraíba (Vasconcelos, 1987). A pesquisa que se iniciava significava, para mim, aproximação mais sistemática com as questões das relações educativas em saúde no local de moradia da maioria das classes subalternas brasileiras.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a que pertence o Centro de Saúde de Vila Leonina, vivia situação muito interessante para os propósitos da pesquisa. Seus quadros de chefia vinham sendo ocupados, desde a vitória do Partido dos Trabalhadores nas eleições municipais de 1992, por técnicos com história de envolvimento com os movi-

mentos sociais ou com compromisso ideológico com o alargamento da participação popular na gestão do Estado. “Por uma BH participativa” era um dos grandes lemas da administração municipal. Além disso, a própria equipe do Centro de Saúde tornara-se conhecida pelo seu pioneirismo em buscar, desde 1991, formas de reorientação de suas atividades técnicas mediante maior participação da população local. Uma situação muito diferente das vivenciadas anteriormente em minhas atuações em saúde coletiva no estado da Paraíba, onde as oligarquias rurais detêm significativo controle da cena política, tornando marginais e até mesmo reprimidas as experiências de apoio à participação popular no gerenciamento das políticas sociais. Sem esse grande entrave do boicote político explícito, que faz outros aspectos parecerem secundários, na Vila Leonina seria possível compreender, com maior clareza, as sutilezas das dificuldades e possibilidades da relação educativa entre os serviços de saúde e a população.

Outras razões também contribuíram na escolha do C. S. Vila Leonina como local de pesquisa: a relativa facilidade de acesso, a presença de estagiários da Universidade (como docente me interesse, em particular, pelo papel desse ator institucional na dinâmica do serviço) e a heterogeneidade e diversidade da população sob sua responsabilidade.

## **2.1 Um serviço em meio a ampla história de intervenções estatais e lutas no mundo popular**

Diante da maioria dos outros 119 serviços de atenção primária à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o Centro de Saúde Vila Leonina é atípico tanto por sua estrutura física como pelos recursos humanos e a diversidade de atendimentos e programas. No início da pesquisa, contava com 53 funcionários além dos estagiários da UFMG e os responsáveis pela segurança do prédio, contratados por meio de empresa prestadora de serviço. Com onze médicos (quatro pediatras, três ginecologistas, dois clínicos de adultos, um psiquiatra e a responsável pela chefia), quatro odontólogos, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, quatro estagiários do último ano de medicina, quatro estagiários de fisioterapia, quinze auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de higiene dental, além de agentes administrativos e outros, o Centro de Saúde funciona, oficialmente, das 7 horas da manhã às 22 horas em três turnos de trabalho. Seu prédio, uma adaptação de um antigo grupo escolar que estava desativado, é bem maior que a maioria dos outros centros de saúde do município. Conta, entre outras dependências, com seis consultórios para atendimento mé-

dico, psicoterápico e de enfermagem, uma sala de atendimento fisioterápico, uma ampla sala de reuniões, um grande pátio interno e uma sala para atendimento odontológico com equipamento para atendimento simultâneo a quatro pacientes. Essa complexidade de recursos materiais e humanos, bem como um passado marcado pela atuação de movimentos populares e iniciativas institucionais múltiplas, possibilitou a organização de uma grande diversidade de modalidades de prestação de serviços. Trata-se, portanto, de um serviço em um patamar de estruturação mais avançado do que a maioria dos serviços locais brasileiros, refletindo, assim, problemas e possibilidades que podem estar antecipando situações que tenderão a se generalizar com o maior aparelhamento do Sistema Único de Saúde.

O C. S. Vila Leonina situa-se a cerca de cem metros da Avenida Barão Homem de Melo, em rua asfaltada, ao lado de um pequeno campo de futebol. Fica nos limites de uma ampla região de favelas denominada Aglomerado Morro das Pedras, também delimitada pelas Avenidas Raja Gabaglia e Silva Lobo. A amplitude dessa área de favelas fica mascarada pelos modernos prédios construídos junto dessas avenidas, recentemente expandidas e urbanizadas, que a circundam. Na verdade, o Aglomerado Morro das Pedras faz parte de uma área de favelas muito mais ampla que se estende da região sul à região oeste da cidade, iniciando no morro do Papagaio, à direita da Avenida Nossa Senhora do Carmo e atingindo a região da Cabana, junto da Avenida Amazonas. Assim, tanto o Aglomerado Morro das Pedras como o Morro do Papagaio, Barragem Santa Lúcia, Conjunto Santa Maria, Ventosa, Cabana e outras são favelas separadas entre si por faixas de bairros de classe média, alguns sofisticados, que se expandiram após a abertura e urbanização de amplas avenidas. O cidadão que anda de carro não imagina a imensidão dessa população favelada.

Para uma cidade como Belo Horizonte, com menos de cem anos de vida, a ocupação do Aglomerado por moradores pobres é muito antiga: documentos relatam a presença de casebres ocupando desordenadamente áreas mais próximas do centro da cidade desde 1922.<sup>1</sup> A exploração de uma pedreira no topo do Morro também atraía alguns moradores desde essa época. Mas até a década de 50, a maior parte da região tinha características rurais: poucas casas, plantações, brejos, muitas nascentes e córre-

---

<sup>1</sup> Parte dos dados históricos que seguem provêm do texto provisório “Aglomerado Morro das Pedras; retrospectiva histórica; texto I” de Karla Cunha Pádua, elaborado a partir do Projeto Raja dentro do Inventário do Patrimônio Urbano e Cultural de Belo Horizonte, realizado pela Secretaria Municipal de Cultura em 1994.



gos lípidos, chácaras, trilhas, terra fértil e animais domésticos criados soltos. No final da década surgiram os primeiros loteamentos, mas poucos cidadãos se motivaram a comprar lotes e construir em região de acesso tão precário. Desde essa época, a prefeitura passou a utilizar a área da pedreira, que já tinha sido desativada, para o lançamento do lixo recolhido na cidade. O lixo descarregado na pedreira, escorria morro abaixo. A cada ano aumentava a área tomada pelo lixo. Um grande número de famílias foi atraído para a atividade de catar o lixo. Surgia a Boca do Lixo. Cada caminhão de lixo era recebido com alvoroço por crianças e adultos preparando-se para disputar seus objetos de “valor”. Alimentos ainda aproveitáveis eram assados ali mesmo, utilizando o gás produzido pelo lixo acumulado e em decomposição. Em 1971, uma explosão do gás subterrâneo (segundo a interpretação de moradores) desencadeou desabamento da montanha de lixo sobre os casebres ao redor. Morreram quinze pessoas. No ano seguinte, novo desabamento matou mais quatro pessoas. O depósito de lixo foi desativado pela prefeitura, mas a ocupação da região continuou. A desapropriação de outras regiões de favela, em áreas mais centrais e valorizadas, trouxe levas crescentes de novos moradores. Até mesmo a área sobre o depósito de lixo desativado foi ocupada por moradias, apesar dos freqüentes escapamentos de gás. A abertura da Avenida Barão Homem de Melo e a extensão da Avenida Raja Gabáglia no final da década de 70 e durante a década de 80, facilitando o acesso e trazendo empregos para a região, desencadearam um maior adensamento populacional.

Dos 15.490 moradores da região sob responsabilidade do Centro de Saúde Vila Leonina (IBGE — Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — censo de 1991), a maioria pertence às favelas do Aglomerado Morro das Pedras. Mas nem todo o morro fica sob sua responsabilidade: as favelas mais próximas do centro da cidade são atendidas pelo Centro de Saúde Vila São Jorge. Na área de abrangência do C. S. Vila Leonina são incluídos bairros de classe média (Estoril, Buritis e Olhos D’Água) cuja população pouco freqüenta o serviço, exceto para vacinações. A precisão matemática na delimitação da população sob sua responsabilidade não corresponde muito à realidade: muitos moradores da favela da Ventosa, oficialmente sob responsabilidade de outro centro de saúde, preferem o C. S. Vila Leonina. Muitos moradores do Aglomerado mais próximos da Avenida Raja Gabáglia já preferem servir-se do C. S. do Conjunto Santa Maria. As divisões geográficas da administração municipal não dão conta da complexidade dos acessos e laços afetivos que norteiam a utilização dos serviços.

Como acontece também em outras periferias urbanas, trata-se de uma região com áreas bastante diferenciadas entre si. Há ruas asfaltadas com

casas de frentes muradas que só evidenciam sua condição popular ao se entrar: várias famílias morando em cômodos espremidos. Ao mesmo tempo, há becos de difícil acesso na época das chuvas e casebres com algumas paredes de plástico preto ou compensados. Mas 92% das casas são abastecidas pela rede pública de água; becos e ruas principais são asfaltados ou pavimentados com cimento, permitindo o acesso de carro em quase todas as regiões; há muros de arrimo nas encostas mais íngremes; 50% das casas da área de favelas são servidas por rede geral de esgoto; três grandes escolas públicas servem a região e a quase totalidade das casas é servida por energia elétrica.<sup>2</sup> Por trás dessa infra-estrutura se esconde, no entanto, uma ampla história de lutas de organizações locais em interação com múltiplas intervenções do Estado sobre a região, que começaram ainda na década de 1950 com as mobilizações contra tentativas de desocupação da favela. Até o final dos anos 70, as mulheres se irritavam em longas filas diante de poucas torneiras e chafarizes para encher suas latas de água que tinham de ser carregadas na cabeça morro acima. A escuridão da noite só era quebrada pela luz dos lampiões ou de algumas lâmpadas ligadas à energia elétrica obtida clandestinamente. O acesso interno só se dava por estreitas trilhas de terra. Com a inexistência de policiamento, a violência era ainda mais presente nas relações entre os moradores. Eram freqüentes as ameaças de expulsão da região. A assustadora situação de carência, que se evidencia nos primeiros contatos, não é algo estático. Há um rápido processo de mudança em curso. As atividades comunitárias do Centro de Saúde já encontraram, portanto, uma população com experiências, estratégias, cumplicidades e desencantos na sua relação com os órgãos públicos.

O Centro de Saúde Vila Leonina foi inaugurado em 1986, a partir de luta reivindicativa dos movimentos populares locais. A reforma e adaptação do antigo grupo escolar desativado, onde veio funcionar, contou com o trabalho de mutirão de muitos moradores. Inicialmente a atuação do Centro de Saúde voltava-se basicamente para o atendimento individualizado de parte da demanda espontânea da população. Seu funcionamento reproduzia o modelo médico tradicional, como na maioria dos serviços de atenção primária instalados no Brasil. Mas, a partir de 1991, ele passou a se destacar pelo pioneirismo de suas atividades. Em 1987, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), órgão da Organização Mundial de Saúde para as Américas, passara a difundir no Brasil a estra-

---

<sup>2</sup> Fonte: “Estudo da infra-estrutura da unidade de saúde” em elaboração pela gerente do Centro de Saúde Vila Leonina, Sônia Maria Ribeiro.

tégia de transformação dos sistemas nacionais de saúde por meio do modelo dos Sistemas Locais de Saúde (Silos) por ela formulado. Procurando difundir e aperfeiçoar o que seriam os sistemas locais de saúde mais adequados à realidade brasileira, a Opas alia-se a outras instituições públicas de vários estados. Em 1990, são escolhidos sete municípios, em cinco estados, onde são apoiadas experiências locais capazes de irradiar e experimentar o modelo (Mendes, 1994:11-3). Em Belo Horizonte, um dos municípios selecionados, o Distrito Sanitário Oeste é escolhido. Nele, a equipe do Centro de Saúde Vila Leonina toma a frente do processo.

A partir de 1991, a constante presença de importantes assessores de outras instituições e a empolgação do então gerente do Centro de Saúde foram, aos poucos, mudando a rotina do serviço. Mas grande parte dos funcionários não acreditava nas novas propostas. Iniciou-se um intenso processo de oficinas internas, levantamentos epidemiológicos, visitas à comunidade, pesquisas nos prontuários, identificação e mobilização de lideranças institucionais e populares locais, discussões coletivas dos problemas encontrados, contratação de assessorias externas, organização de cursos e, até mesmo, uma terapia de grupo entre os funcionários, coordenada por uma psicóloga. Vários funcionários inicialmente resistentes começam a participar, alguns como uma forma de sair da rotina repetitiva de atendimento diário, outros para ter direito às folgas que premiavam o envolvimento e outros para não desagradar a chefia. Mas, no processo, muitos foram aderindo. Foram surgindo grupos operativos para trabalhar coletivamente problemas de saúde como diabetes, desnutrição e hipertensão. Apoiou-se a reorganização de um dos movimentos comunitários locais (o Movimento Pró-Alpes). A Companhia de Saneamento (Copasa) foi envolvida e iniciou-se a expansão da rede de esgoto e de distribuição de água na favela de uma forma pioneira em Minas Gerais, pois a tecnologia que até então vinha sendo utilizada só se adequava a lugares com ruas pavimentadas para proteção dos encanamentos. O Centro de Saúde passa a servir de posto permanente de atendimento da Copasa. O Serviço de Limpeza Urbana (SLU) é chamado para discutir a coleta de lixo na região e é organizada grande campanha de mobilização pela limpeza da favela. Lideranças, inicialmente resistentes, começaram a participar do processo. O problema identificado da violência local foi enfrentado com a reivindicação e construção de um posto policial. Várias palestras sobre problemas de saúde foram feitas na comunidade. A experiência de envolvimento interinstitucional e de mobilização popular na Vila Leonina levou à formação da Comissão Interinstitucional de Saúde da Regional Oeste. Em fevereiro de 1992, o jornal *Estado de Minas* publica artigo sobre o trabalho do Centro de Saúde com o subtítulo: “transformar os

centros de saúde em postos aglutinadores das ações de saúde junto à comunidade”. Em julho de 1992, o Centro de Saúde Vila Leonina é reconhecido pela Secretaria Municipal de Saúde como a experiência mais avançada de Belo Horizonte e escolhido para apresentar suas atividades no II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, representando o novo modelo de saúde buscado no município. O reconhecimento do trabalho e do modelo adotado, por autoridades e instituições, estimulava a militância e o empenho de muitos funcionários locais e parecia proclamar o erro dos funcionários resistentes. O passado do serviço não confirma, portanto, a visão comumente divulgada nos meios de comunicação sobre o funcionalismo público como uma massa uniforme de acomodados.

No início de 1993, a nova administração municipal, petista, toma posse. O secretário municipal de saúde recém-empossado visita o serviço e declara, empolgado, sua vontade de dar condições para o Centro de Saúde expandir seus projetos de forma que se torne laboratório de um modelo de assistência mais participativo. Funcionários locais, que já vinham desgastando-se com a falta de apoio material e institucional para a operacionalização de muitos dos projetos que surgiam no processo de discussão e pesquisa com a população e com assessores da Opas, entusiasmam-se novamente. Mas o que se segue é um processo de esvaziamento do Centro de Saúde. Alguns funcionários mais atuantes são chamados para assumir funções hierarquicamente superiores em outros locais da Secretaria de Saúde. A equipe do Distrito Sanitário da Regional Oeste, fortalecida com a nova administração, começa a se atritar com funcionários do Centro de Saúde, talvez por eles terem sido muito marcantes na definição do modelo de funcionamento do Distrito Sanitário e ameaçassem sua autoridade diante dos outros quinze centros de saúde da Regional Oeste. Solicitações de recursos para adoção das novas propostas de trabalho passam a ser sistematicamente desconsideradas. Para alguns funcionários locais, era como se quisessem nivelar o Centro de Saúde Vila Leonina ao restante dos outros centros de saúde que estavam num patamar de organização muito inferior. Para funcionários ligados ao Distrito Sanitário, era como se o C. S. Vila Leonina quisesse privilégios. A sensação de frustração toma conta da equipe. Houve uma exacerbação dos conflitos internos, já intensos anteriormente pela forma apressada com que os assessores da Opas e seus aliados buscavam instituir as mudanças, preocupados em criar uma vitrina para o cenário da política nacional de saúde que difundisse o modelo que defendiam. O gerente do Centro de Saúde, que centralizava grande parte do esforço interno, desgastado intensamente, pede demissão da chefia.

A pesquisa inicia-se, portanto, em um centro de saúde marcado, de um lado, pela frustração, pelo descrédito na possibilidade de uma políti-



ca de saúde mais audaciosa e por mágoas em relação aos quadros da hierarquia superior da saúde pública municipal e nacional mas, também, de outro lado, por uma rica experiência de discussão com a população e com os teóricos da saúde coletiva, bem como pela incorporação de uma série de procedimentos técnicos inovadores em sua rotina de atendimentos.

## 2.2 Idas, voltas e desvios no desenvolvimento da pesquisa



O C.S. Vila Leonina foi minha porta de acesso à realidade de saúde da região. Minha experiência profissional anterior, atuando, supervisionando e treinando profissionais em serviços básicos de saúde, deu-me relativa segurança para a aproximação e entrosamento com a equipe do Centro de Saúde. Tinha, no entanto, expectativa de que a pesquisa passasse, com o tempo, a se deter especialmente na dinâmica de vida, saúde e doença fora do serviço, aproximando de uma pesquisa etnográfica em que o problema das doenças infecciosas e parasitárias e as ações do sistema de saúde pudessem ser entendidos com base nas concepções e motivações populares. Estava motivado pelo desafio de entender os mistérios da vida do pobre das periferias urbanas. Mas logo ficou claro que o acesso ao cotidiano da favela era muito mais difícil do que imaginara. O medo da violência me tolhia. As famílias visitadas tinham postura de desconfiança, muito diferente da empolgação de receber um doutor que costumara encontrar em áreas rurais. Mesmo nas famílias nas quais desenvolvia uma relação mais profunda, continuava havendo dimensões de suas vidas cujo acesso era claramente interdito a mim. Além disso, meus dezoito anos anteriores de prática como médico e professor tinham-me deixado marcas muito profundas na maneira de lidar com as pessoas que dificultavam uma inserção mais informal. Assim, muitas vezes fui invadido pela sensação de frustração. Mas fui percebendo que a dificuldade de acesso e a frustração no entrosamento eram elementos da realidade no relacionamento entre os serviços de saúde e a população das periferias urbanas. Esses impedimentos ao acesso à vida local já eram dados da pesquisa que precisavam ser aprofundados.

Dessa forma, durante a pesquisa houve expansão do relacionamento com a equipe do Centro de Saúde maior do que com a população. Na busca de entender a relação entre um serviço de saúde e a população sob sua responsabilidade, a ênfase da pesquisa acabou sendo o olhar e a postura dos profissionais e da instituição sobre os atores populares em interação. Acompanhando as atividades do Centro de Saúde, ouvindo os comentários dos diferentes profissionais sobre os acontecimentos, buscando



Um Centro de Saúde localizado junto ao Aglomerado Morro das Pedras.



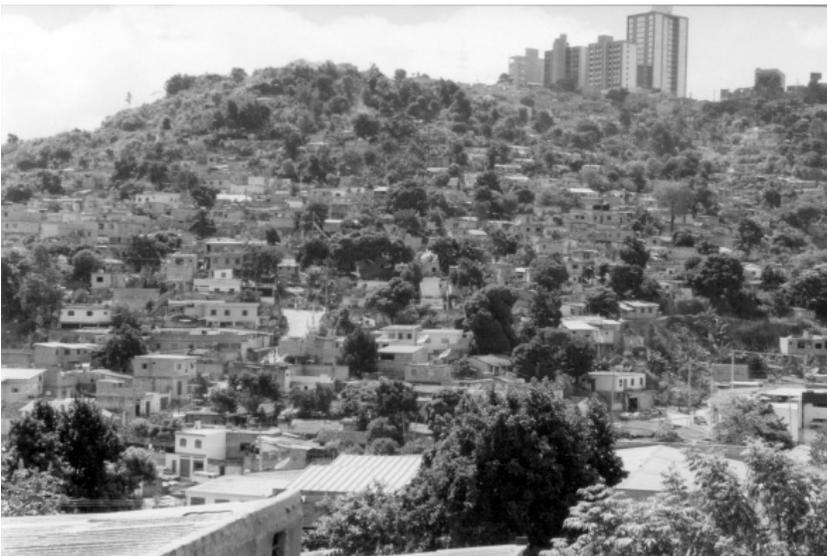
Visão externa do Centro de Saúde Vila Leonina.

Visão geral de um serviço de atenção primária à saúde na periferia urbana | 41





A entrada do Centro de Saúde.



Visão parcial do conjunto de favelas do Aglomerado Morro das Pedras.





Visão parcial do conjunto de favelas do Aglomerado Morro das Pedras.



Vila Pantanal: uma favela junto a um bairro de classe média em construção.





entender-lhes os sentimentos, discutindo novas estratégias de ação e ouvindo-lhes as insatisfações, fui conhecendo as formas como esses profissionais reorientavam as estratégias institucionais de combate às doenças infecciosas, como compreendiam e reagiam aos comportamentos e discursos dos usuários, identificando assim seus pontos de conflito e identidade. Foi muito importante para isso ter merecido a amizade e construído uma cumplicidade com muitos dos profissionais. As conversas na cantina durante o cafezinho e nos momentos de relaxamento foram fundamentais.

Se minha inserção etnográfica entre os moradores do Aglomerado Morro das Pedras foi muito limitada, acabei, no entanto, alcançando razoável inserção na equipe do Centro de Saúde. Durante catorze meses (sete dos quais intensamente) acompanhei-a, observando situações naturais e peculiares do cotidiano de sua vida e de suas relações sociais, para apreender, de dentro, as categorias de análise com as quais articula sua experiência de vida profissional e ordena suas práticas de enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias e lhes dá sentido. Este estudo é uma tentativa de descrever tais práticas e interpretá-las com base nos objetivos propostos e utilizando instrumentais teóricos e metodológicos a que tive acesso.

Não fui apenas um observador inserido na equipe. Fui também um colega de trabalho a discutir, propor e executar formas de ampliação das ações educativas e técnicas mais integradas ao cotidiano das famílias locais. Cheguei, em alguns momentos, a ser visto como mais um profissional, a ponto de reclamarem quando deixava de participar de atividades programadas para fazer visitas ou buscar outras fontes de informação. Vivi, dessa forma, o dilema de pesquisa expresso por Bourdieu (1984:11) para encontrar um nível certo de proximidade e distanciamento com o objeto em estudo: há conhecimentos aos quais só se pode ter acesso se estamos profundamente envolvidos e, ao mesmo tempo, há conhecimentos que não se pode obter ou que não se quer obter justamente por causa desse envolvimento.

Uma dificuldade foi dosar o nível de envolvimento nos debates que ocorriam. O fato de expor minha opinião permitia que ela fosse debatida, criticada e até incorporada e testada. Minha tomada de posição provocava o discurso dos outros. Tornava-me cúmplice do processo que se desenvolvia no serviço, ajudando os outros profissionais a perderem seu receio de expor suas opiniões. Mas como pesquisador, médico e professor universitário, minhas palavras, muitas vezes, tendiam a ter um poder, um tom prescritivo e um conteúdo analítico mais elaborado, que inibia. Com característica pessoal de facilmente me excitar com uma polêmica, tinha de me policiar para não ficar apegado às minhas idéias e assim deixar de perceber o jogo de posicionamentos na discussão. Como edu-

gador e militante, esta pesquisa exigiu importante esforço de treinamento da capacidade de escuta em detrimento de uma tradição de postura voltada intensamente para a intervenção social. Como médico, profissional sempre demandado e valorizado pelo serviço que sabe prestar, tive momentos de ansiedade e insegurança em estar apenas observando como se estivesse à toa no serviço. Fui descobrindo que se pode ser valorizado e merecer amizade e consideração mesmo sem se estar continuamente prestando serviço. Senti como o médico termina preso ao modelo de atuação que tradicionalmente o valoriza.

As preocupações que orientam este estudo foram, a todo momento, explicitadas aos diversos profissionais e populares envolvidos. Ouvia suas opiniões e debatia com eles muitas das reflexões que ia fazendo no processo. Várias reuniões, formais e informais, foram realizadas em torno dos temas da pesquisa. Por sinal, em muitos momentos os objetivos da pesquisa foram assumidos por grupos de profissionais do serviço. Algumas idéias geradas no processo de pesquisa foram sendo incorporadas ao fazer institucional e suas repercussões e dificuldades passaram a ser objeto de análise. Dessa forma, este estudo é uma construção coletiva em que as idéias dos vários participantes estão de tal forma misturadas e integradas que se torna impossível identificar suas autorias originais. Isso não quer dizer que os vários profissionais e lideranças populares envolvidos concordem com os resultados e análises aqui expressos. Este texto é uma leitura pessoal de um processo vivido coletivamente. Para preservar o caráter privado de muitas participações pessoais, haverá preocupação de descaracterizar a identidade dos atores envolvidos.

O C. S. Vila Leonina foi o ponto de partida de minha inserção na pesquisa. Busquei, porém, ir criando progressivamente vínculos diretos com famílias e grupos populares. Foi um processo de integração iniciado a partir de moradores e lideranças mais ligados ao serviço. Aceitando meu medo, minha falta de jeito como “doutor” para entrosamento direto e intenso com os moradores da favela, fui buscando construir minhas relações no morro paulatinamente, em contatos feitos no serviço e com base, inicialmente, em objetivos profissionais. Assim, acabei percorrendo uma trajetória de aproximação da comunidade muito parecida com a de outros profissionais com preocupações semelhantes. As vivências pessoais das dificuldades e descobertas desse processo de abertura serão também objeto de análise, uma vez que refletem os entraves e possibilidades de outros profissionais. Portanto, a análise de minhas vivências como pesquisador em relação com a dinâmica de adoecimento e de vida daquela população é uma estratégia de identificação e esclarecimento de problemas existentes na operacionalização de programas de controle das

doenças infecciosas e parasitárias mais integrados ao cotidiano popular.

Apesar das dificuldades iniciais, as relações com os moradores foram multiplicando-se, a ponto de não dar mais conta das possibilidades de contato que surgiam. O acompanhamento da dinâmica interna ao serviço, que se mostrara muito mais complexa do que imaginara inicialmente, e as exigências de reflexão e sistematização dos dados não me permitiam maior alargamento dos relacionamentos na região. Mesmo assim, passei a ser considerado no Centro de Saúde como grande conhecedor da vida na favela. Sempre tive, no entanto, clareza da insuficiência dos meus contatos e informações. Quanto mais me aproximava da favela, mais a sentia como mistério. Era uma situação diferente da de Malinowski, que aportou em uma ilha do oceano Pacífico no começo do século para estudar um povo tribal sem saber-lhe a língua, mas com a convicção de que iria deparar-se com uma cultura diferente e autônoma, razoavelmente coerente e aceita por todos (Zaluar, 1985). Eu, no Aglomerado Morro das Pedras, sabia bem a língua dos seus moradores e tinha convivido dentro de minha casa com empregados vindos de favelas semelhantes, mas não dava conta de entender a diversidade de sua cultura, marcada pelo conflito e pela diferença. A presença do crime organizado ligado ao narcotráfico e o envolvimento de alguns moradores com pequenos delitos interditava o acesso a muitas dimensões de sua vida. A rejeição social que seus moradores sofrem os torna envergonhados e receosos de se deixarem conhecer. Os ressentimentos e mágoas provindos de relações opressoras anteriores com outros doutores ou moradores dos bairros mais nobres os deixam desconfiados, às vezes agressivos.

O estabelecimento de alguns contatos importantes exigia malabarismos e paciência. Mas no processo de tentar driblar as dificuldades, aspectos da realidade local já se iam mostrando, mas sempre em fragmentos. Juntando os diversos fragmentos obtidos pelas mais diferentes estratégias, consegui apenas um quadro mutilado e embaçado. Não consegui atingir o nível de inserção que os estudos antropológicos se propõem: o pesquisador passar a ser aceito como pessoa do lugar (alguém familiar), a ponto de presenciar diálogos e comportamentos naturais do cotidiano de suas vidas. Mesmo assim, a força e a novidade da realidade encontrada faziam que cada contato transmitisse uma grande riqueza de dados e significados, mostrando a importância do profissional de saúde, com todas as suas limitações, buscar outras fontes de informação sobre a realidade de saúde e doença onde atua. Senti como é difícil, para o profissional acostumado a atuar dentro da segurança das rotinas institucionais em que sua atenção é disputada, inverter as posições e ficar à mercê da disponibilidade e do ritmo dos moradores. Até o surgimento de vínculos

de amizade e cumplicidade, há momentos em que se sente humilhado e ridículo.

Nos sete meses de pesquisa de campo intensiva e nos outros sete meses de ida a campo para complementação dos dados, fui à região 153 vezes, que somaram 416 horas. Foi um grande fluxo de informações. Não tive a pretensão de documentar todo este enorme fluxo de falas, atitudes, sentimentos e acontecimentos presenciados. Eram centenas em cada contato. Fundado no instrumental teórico e nos objetivos da pesquisa, ia a campo fazer questões à realidade, buscando respostas para os problemas que propunha entender. Procurei documentar as percepções de elementos daquela realidade que serviam para os questionamentos da pesquisa. Para isso o diário de campo, escrito com vagar e cuidado após cada contato, foi um instrumento central. Mas muito mais do que instrumento de documentação de informações, o diário significou um momento de elaboração, deciframento e de síntese das percepções.

A dimensão subjetiva inerente a essa metodologia vai além da apreensão consciente da realidade. A favela exala medo, agressividade, encantamento, compaixão, mágoa, alegria, insegurança, gratificação e raiva. O trabalho em saúde desencadeia também elementos da ordem dos afetos, imperceptíveis imediatamente à compreensão racional. São percebidos pelo inconsciente. No trabalho de campo busquei estar aberto para ser afetado pelo jogo de sentimentos, deixando perturbar-me num nível que a razão não domina. Deixar ser tomado por um mal-estar decorrente da invasão dos fluxos e forças do ambiente. O pensamento vem depois como esforço de superação da sensação de desassossego. A consciência colhe os efeitos do processo inconsciente desencadeado, estranhando-os e buscando novo reordenamento das idéias e dos conhecimentos que os incorpore.<sup>3</sup> Para viver semelhante processo, todo o período de pesquisa foi marcado por atitude pessoal de introspecção que me absorveu enormemente. Foi um esforço para tentar clarear dimensões da atenção primária às doenças infecciosas e parasitárias que normalmente não são ressaltadas nos estudos científicos.

Na construção deste estudo foram muito importantes as discussões que ia tendo com assessorias, por meio de palestras, reuniões e conversas informais, com outros profissionais e pesquisadores com preocupações semelhantes. A Articulação Nacional de Educação Popular e o Gru-

---

<sup>3</sup> Rolnik, Suely. *Cidadania e alteridade*. Texto apresentado na mesa-redonda "Cidadania e Alteridade" no IV Encontro Regional de Psicologia Social da Associação Brasileira de Psicologia Social no dia 30/5/1992 em São Paulo, SP.

po de Trabalho de Educação Popular da Anped (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação) foram espaços centrais desses debates nos quais ia precisando os conceitos, criticando percepções e ouvindo sugestões. Ficou muito clara a noção de ciência como programa coletivo de apropriação da verdade.

Após a fase de pesquisa de campo intensiva, reli o diário de campo classificando as idéias contidas em cada trecho. De posse das diversas idéias abordadas, ordenei-as de forma que chegasse no esquema geral deste estudo. Entrei então em período dedicado à leitura de textos pertinentes ao tema, relendo também a bibliografia discutida nas várias disciplinas cursadas. Ia marcando e classificando as reflexões que contribuíam para ampliar a discussão das idéias levantadas na pesquisa de campo. Cada uma dessas reflexões era anotada junto do item correspondente do esquema geral já pronto, o que facilitou muito a redação final, pois para cada subtema tinha as idéias refletidas na pesquisa de campo (com sua localização precisa no diário de campo) e suas discussões bibliográficas. O fato de contar com vários vídeos produzidos por mim como instrumentos educativos durante a pesquisa também ajudou muito na fase de redação, permitindo relembra de falas e ambientes não detalhados no diário de campo.

Busquei, nas leituras bibliográficas, explicações e questionamentos pertinentes aos problemas vividos na pesquisa de campo. Durante a redação procurei trazer para o texto essas considerações como que tentando devolver aos colegas do C. S. Vila Leonina os esclarecimentos que tive oportunidade de encontrar. Foi a forma que encontrei para orientar sua redação de forma adequada a profissionais de saúde inseridos em práticas semelhantes.

Esta pesquisa procura estudar um problema teórico amplo em um local circunscrito, a partir do acompanhamento de um número limitado de atores envolvidos. Qual é a possibilidade de generalização do conhecimento produzido? A possibilidade de generalização nasce do pressuposto de que há dimensões estruturais e recorrentes na realidade. Assim, o estudo dirá respeito a outras realidades. Mas a generalização não pode ser imediata. São feitas afirmações sobre a realidade estudada; a generalização e a aplicação a outras realidades far-se-ão pela mediação do leitor por meio de sua interpretação aplicada aos contextos em que estiver inserido. Será o leitor que julgará se o texto oferece chaves de compreensão aplicáveis a sua problemática. Trata-se, portanto, de uma metodologia que valoriza o papel do leitor. Assim, até por uma questão de valorização do próprio texto, a linguagem utilizada tentará adequar-se ao leitor para quem a pesquisa foi pensada: técnicos voltados para os problemas

das relações educativas em saúde nos espaços institucionais de hospitais, organizações não-governamentais, centros de saúde, organizações populares, escolas e meios de comunicação de massa, muitos dos quais vieram a se constituir na Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde. Por sinal, tais leitores estiveram fortemente presentes em todos os momentos da pesquisa, seja na inspiração do problema estudado, seja na motivação para prosseguir-lo e na escolha das idéias desenvolvidas e das palavras utilizadas. O destinatário do texto não será portanto apenas a academia, mas técnicos de saúde que lidam diretamente com o público. A pesquisa aborda um tema da educação e pretende também ser um instrumento educativo.

Marcado pela exigência de esforço cotidiano e sistemático para realizar este estudo, ficou muito ressaltada a idéia para a qual Chauí (1990:4) chama a atenção: o saber como trabalho. Trabalho para elevar à condição de conceito e de inteligibilidade as experiências imediatas vividas nas práticas sociais corriqueiras.

## PESQUISADOR

Pesquisador  
artesão do verbo.  
Verbo não mais espontâneo  
mas construído  
tijolo por tijolo.

Buscar palavras  
compor idéias  
lapidar percepções  
para expressar  
entraves  
dilemas  
caminhos  
de pequeninos recortes  
minúsculos setores  
das práticas profissionais  
dos problemas sociais.

Trabalho de arte  
que parece se perder  
nas idas, voltas e desvios  
dos dias que se repetem



diante da mesa  
dos escritos, dos pensamentos  
e, ai, como é duro,  
dos sentimentos confusos  
brotando do isolamento.

Ah!  
Quantas voltas!  
Quantas tarefas preliminares!  
Quantos esquemas recompostos!  
Firmeza para não desanimar.  
Calma para elaborar as frustrações.

Para que tanto esforço  
que, de tão lento,  
nem parece esforço  
confunde-se com ócio?



Quanta força preciso  
para continuar acreditando  
no fruto nebuloso  
que de tanto tardar  
nem sei se há de ter  
serventia real.



Nesse desconforto  
nessa arte  
nesse ócio  
o verbo se faz.  
Sem perceber  
a gente se refaz.  
Satisfação.

Verbo construído  
Original  
lançado ao vento.  
Em que ouvido chegará?  
Em que dará?

### **2.3 Dificuldades na relação entre o serviço de saúde e a população apesar do discurso institucional de participação**

O C. S. Vila Leonina tem presença importante na vida do Aglomerado Morro das Pedras. É uma primeira referência para os problemas de saúde locais. Suas orientações, explicações, rotinas de atendimento e medicamentos prescritos fazem parte do cotidiano de grande parte das famílias. Seu prédio, a maior edificação pública do Aglomerado, é como um monumento atualizando a lembrança do valor de uma luta comunitária e dos laços de solidariedade que um dia o geraram. Numa favela em que a disputa cotidiana de cada um pelo chão e pelos recursos materiais é intensa e em que a lógica do individualismo está sendo difundida a todo momento pelos meios de comunicação de massa e pelo mercado, seu prédio e seu funcionamento têm por si mesmos o papel de difundir um outro valor: a importância do que é público. Num agrupamento social marcado pelo sufoco cotidiano pela sobrevivência, pela falta de perspectiva ampla de progresso e pela repetição de tragédias, levando ao cansaço e ao desânimo diante dos problemas, a presença do C. S. Vila Leonina em sua paisagem é uma lembrança permanente da valorização da busca da saúde. Símbolos e gestos têm significado educativo que repercute independentemente de sua verbalização. Mas a educação popular tem, tradicionalmente, se restringido à consideração de dimensões conscientes das trocas de saber.

No serviço, há grande diferença no nível de empenho e produtividade entre os 53 funcionários do Centro de Saúde, mas predomina a atitude de busca de adequação às necessidades da população. O sofrimento e a miséria acompanhados na rotina dos atendimentos os perturba, tendendo a despertar um sentimento de indignação e solidariedade. Apesar da desmotivação com a remuneração do trabalho e o envolvimento com outros empregos que limita a disponibilidade de cada funcionário, há, nas várias atividades, um processo de adaptação às circunstâncias e ritmos locais facilitado pela proximidade do serviço à dinâmica de vida da região, diferenciando bastante o trabalho do Centro de Saúde daquele que era observado nos grandes ambulatórios centrais que predominaram no sistema de saúde brasileiro até a década de 1980. Mas, apesar da valorização pela população e do esforço de adequação da equipe, o dia-a-dia do serviço está marcado por atritos, mal-entendidos e insatisfações.

Um atrito que se repete de forma ruidosa diariamente é a luta pelas limitadas vagas para as consultas. O conflito é, de alguma forma, camuflado pela estratégia de concentrar a distribuição das vagas pela manhã,

antes de iniciar o expediente da maioria dos funcionários. Assim em muitos momentos encontra-se o serviço calmo, com poucos pacientes esperando e funcionários trabalhando com folga, dando a impressão de suficiência diante das necessidades da população. Essa calma é no entanto repetidamente quebrada pela chegada de casos de urgência ou de pacientes mais teimosos na busca de seus direitos, insistindo em obter vagas extras para consulta. Mas a perturbação não se alastra para o restante das salas e corredores pois é logo contida pela equipe de recepção. Essa equipe atende protegida em uma sala que se comunica com a turbulência e a pressão do público apenas por uma pequena janela. É a “janelinha”, termo repetidamente citado nas conversas. Diante da janelinha os pretendentes ao atendimento se espremem e se recurvam para poderem comunicar-se com a funcionária que atende sentada do outro lado da parede. Neste contexto, a frase: — *Não tem mais fichas.* — é a forma de manifestação da insuficiência do serviço. Os pacientes angustiados com seus problemas, submetidos a uma situação embaraçosa para o diálogo e sem competência e treinamento lingüístico para enunciarem suas justificativas em situações formais e institucionais, ou se calam, engolem a insatisfação e voltam para casa ou tendem a iniciar discursos, logo considerados desajustados pois agressivos e sem coerência, justificando então atitudes repressoras mais firmes dos funcionários. Como afirma Bourdieu (1983a:163), a verdade de uma relação de comunicação nunca está inteiramente no discurso proferido, nem mesmo nas relações de comunicação estabelecidas. Nas análises, é preciso ir além do discurso, procurando entender o contexto social onde ele se deu e as condições em que seus atores se constituíram e se relacionam na sociedade, fora do momento da comunicação.

As auxiliares de enfermagem são as profissionais de linha de frente nos conflitos entre o serviço e a população. São elas as responsáveis pelo momento mais tenso da rotina do Centro de Saúde: a distribuição, no início da manhã, das fichas que dão acesso ao atendimento, momento em que são comuns as manifestações de revolta. Já aos profissionais de nível superior cabe o atendimento de pacientes já selecionados e ordenados. Oferecem em seus consultórios um curto, mas valorizado, espaço para os pacientes expressarem seus sofrimentos com algum grau de intimidade. Assim, por viverem mais intensamente as tensões do serviço de forma bastante vigiada pelos profissionais de nível superior e, ao mesmo tempo, serem as profissionais com menor preparo profissional, é usual encontrar também entre as auxiliares de enfermagem os discursos mais agressivos em relação à população. Gostam de contar casos aberrantes de comportamentos incoerentes, cômicos e até mesmo perversos de clien-

tes. Muitos desses casos são reais e fazem parte do quadro de miséria moral a que são levados muitos membros das classes subalternas. Apesar de serem acontecimentos pouco comuns, são, muitas vezes, narrados como se representassem o habitual, contribuindo para ampliar os preconceitos contra a clientela. Esse preconceito desqualifica a clientela, tornando sua fala ilegítima. No diálogo, o discurso pressupõe um emissor legítimo dirigindo-se a um destinatário reconhecedor dessa legitimidade. Para escutar é preciso crer em quem fala (Bourdieu, 1983a:161). Assim, os conflitos gerados pela insuficiência do serviço, criando ambiente para o alastramento de preconceitos, aprofundam a “inadequação” dos discursos populares aos ouvidos dos funcionários.

Os vários casos, narrados de forma repetida, de comportamentos aberrantes de alguns usuários vão formando um folclore a respeito dos moradores. Muitos casos, no entanto, refletem mais uma postura pouco crítica do profissional sobre seu próprio trabalho. Foi exemplar o depoimento de uma auxiliar:

“Sabe, quanto mais a gente faz, mais o povo desvaloriza o trabalho da gente. Outro dia um senhor ficou tão revoltado e bravo. Ele chegou para o tratamento de dentes que estava marcado, mas seu atendimento tinha sido adiado por falta de luvas. Era a segunda vez que vinha e não era atendido. Na outra vez, tinha sido o motor que estava estragado. Mesmo eu tendo explicado com delicadeza, ele começou a gritar bravo de que o serviço público é sempre ruim, pois não há interesse de manter as coisas funcionando.”<sup>4</sup>

Impressionou-me a expressão de indignação da auxiliar pela reação agressiva do usuário pois, afinal, ele tinha razão de estar revoltado. Chamei sua atenção para esse aspecto e ela concordou, lembrando, ainda, que o serviço havia passado trinta dias sem luvas e que na clínica privada onde ela se tratava, os aparelhos estragados eram consertados no mesmo dia. No clima de embate criado, para o funcionário é difícil perceber que a qualidade do serviço prestado vai muito além da sua boa intenção. Na sua insegurança, ele não consegue aproximar-se das razões do paciente que reclama e, assim, ajudá-lo a precisar sua crítica, muitas vezes dirigida apenas aos funcionários locais e portanto sem entender a complexidade

---

<sup>4</sup> A maioria dos depoimentos citados neste estudo são uma reconstituição, a mais fiel possível, baseada nas anotações no diário de campo, sem ser, entretanto, literais.

dos entraves institucionais. Assim, muitas demandas e reclamações por direitos passam por grosseria. Pela reação ressentida dos funcionários, a instituição deslegitima pressões pelo direito de atendimento.

O maior confronto com o auxiliar não se deve apenas ao contato mais direto com a clientela, mas também por sua situação na hierarquia social mais próxima da situação de inferioridade do usuário que, então, se sente menos tolhido para expressar suas insatisfações (Colen, 1994:94). As críticas e revoltas diante dos profissionais de nível superior, notadamente o médico, quando chegam a ocorrer, dão-se de forma abrandada. Numa sociedade dividida em classes sociais, o padrão de linguagem da elite impõe-se como o padrão legítimo. A escola formal possibilita aos alunos conhecer a utilização de diferentes padrões de linguagem adequados a diferentes contextos. Mas os membros das classes subalternas não tiveram acesso a escolas de qualidade. Ser posto em situação de interação em que há grande distância entre o padrão de fala exigido e a capacidade de executar o discurso gera tensão e insegurança, resultando até no desmoronamento da linguagem (Bourdieu, 1983b:102). A linguagem não é somente instrumento de comunicação, mas também instrumento de poder. Competência lingüística implica poder de impor a recepção.

Se de um lado a situação de atritos repetidos leva alguns funcionários a ter atitudes agressivas e geradoras de culpa e baixa-estima na clientela, eles, ao mesmo tempo, são tocados por situações que despertam compaixão e nas quais as forças da tragédia social e familiar se mostram claramente muito superiores às capacidades e possibilidades dos indivíduos. Por isso muitos deles vêem os usuários como coitados. Outros oscilam, ora assumindo discurso que os culpa, ora visão em que aparecem como vítimas. São coitados porque são vítimas de uma sociedade injusta. É uma visão aparentemente condescendente com os pobres urbanos, mas que igualmente os desqualifica. Segundo tal percepção, eles são carentes, sua cultura é insuficiente, arcaica e deformada. Se não são mais vistos como culpados, continuam sendo vistos como incapazes de iniciativas significativas. Assim, o resgate de sua dignidade dependeria de um saber e de valores completamente externos, trazidos por organizações com técnicos, políticos ou religiosos. Com esse olhar, as falas e atitudes populares deixam de ser entendidas como um saber diferente, uma lógica própria ou como demandas de uma ordem diversa a que a instituição está acostumada. Para ouvir, para dialogar, é preciso crer na legitimidade da fala do interlocutor.

Como vítimas ou como culpados, há ainda uma tendência de ver os pobres urbanos que freqüentam o serviço como um conjunto pouco

diferenciado internamente. Assim, a grande diversidade de suas posições é interpretada como sinal de incoerência e alienação, empobrecendo o entendimento de suas realidades e dificultando a busca conjunta de possibilidades e procedimentos específicos capazes de superar seus problemas de saúde.

O preconceito contra o pobre urbano não apenas bloqueia a abertura dos profissionais para com os usuários do serviço, mas também torna esses últimos contidos e envergonhados para falar da própria realidade. É impressionante como no guichê de recepção muitos escondem ou falseiam dados sobre seus locais de moradia para que não sejam considerados favelados. A julgar pelos endereços dados, pouquíssimos moram nas favelas e sim nos bairros de classe média próximos: Jardim América e Nova Granada. Nas consultas médicas, evitam falar das condições de carência que lhes cercam os problemas de saúde. A própria maneira de vestir ao freqüentarem o Centro de Saúde, com roupas novas e coloridas e de banho tomado (causando impressão tão diferente da que temos ao visitá-los em casa), é também uma maneira de esconder sua condição social. O termo *favelado* está tão carregado de conotações negativas que se tornou instrumento de ofensa nos conflitos entre eles. O orgulho de ser trabalhador que constrói a nação, trazido pelo movimento operário, ou de ser detentor de cultura própria e rica como se ressaltou nos anos 70, foi minado. Num contexto de derrota do projeto socialista na Europa Oriental e na Rússia e de radicalização do processo de globalização da economia com a exacerbação da competição entre as empresas, o discurso liberal, que torna secundários os problemas sociais, necessitou abrir uma guerra ideológica contra os pobres para justificar o encolhimento dos gastos sociais. A ênfase dos meios de comunicação é a abordagem dos pobres como preguiçosos, incapazes de aprender, indisciplinados e violentos. Essa guerra internacional de palavras está conseguindo matar o espírito e rebaixar o moral dos perdedores da guerra econômica (Alcântara, 1996). É difícil aprofundar um diálogo se um dos atores não respeita e aceita a própria identidade.

Os preconceitos, atritos e incompreensões que ocorrem na relação com a população no Centro de Saúde não podem, portanto, ser atribuídos apenas a erros dos profissionais. As classes populares sofreram intensas transformações nas periferias dos grandes centros urbanos. As análises tradicionais que auxiliavam seu entendimento tornaram-se inadequadas. O turbilhão de manifestações diversificadas da vida popular dentro do serviço se manifesta de forma confusa. A pobreza não mais aparece como detentora de valores morais e espirituais como pregava o catolicismo. Esvaziou-se o sentido religioso da salvação pelo sofrimento

que a pobreza implica e que também possibilitava a salvação dos ricos mediante a caridade, tal qual existiu no Brasil rural até algumas décadas atrás. Os pobres urbanos vivem hoje sua pobreza essencialmente como privação. Daí a sua busca insistente da alegria para procurar escamotear o sofrimento e esquecer a angústia de sobreviver no dia-a-dia. Sempre que podem, buscam compensações na comida farta, na bebida e nas roupas bonitas. A alegria é obstinadamente ressaltada, de uma forma que deixa nos profissionais de saúde uma impressão de alienação.

Seu universo simbólico não se constitui mais de costumes e atitudes próprios de uma tradição e de uma concepção de mundo rígida e fixa. Ao contrário, as opiniões consagradas e as regras de vida são postas em dúvida a todo momento, sendo comum ouvir: “o mundo está virado”. A expansão do capitalismo, atingindo os vários recantos da Terra, invadiu e integrou os sistemas culturais fechados, que mantinham modos particulares de vida nos quais a carência era encarada com naturalidade. As classes subalternas urbanas, passando a ver a pobreza sem os disfarces e as belas vestimentas espirituais, muito presentes até recentemente no mundo rural, têm suas vidas marcadas por insistentes tentativas de melhoria. Expressões como “se virar”, “cair na luta”, e “correr atrás” se repetem no seu cotidiano. Mas, ao mesmo tempo, elas experimentam continuamente os obstáculos quase intransponíveis, para mudar de vida. A revolta, o desânimo e a amargura passam então a fazer parte de sua maneira de existir (Zaluar, 1985). Vivem de forma ampliada a insatisfação que marca a sociedade moderna, industrializada e democrática. A industrialização multiplica a produção de bens materiais e faz insistentes propagandas do seu consumo, tornando-os potencialmente disponíveis. A democratização excita a imaginação, dando legitimidade à aspiração de novos recursos (Nunes, 1989). É esse morador transformado que freqüente e assusta a equipe de saúde. Um usuário menos resignado, mais insatisfeito e revoltado.

Sem acreditar mais na proteção paternalista dos ricos e dos patrões, tornados impessoais na sociedade urbana moderna, as expectativas de proteção se voltam muito para o Estado (Zaluar, 1985). O C. S. Vila Leonina, como aparelho estatal central no Aglomerado Morro das Pedras, recebe grande parte dessa expectativa. O passado recente de trabalho comunitário desenvolvido pelo serviço ampliou tal expectativa. Expectativa alta e frustração são dois sentimentos próximos. Este contexto geral é importante para entender os repetidos atritos e manifestações de insatisfação da população no serviço. Ouve-se muita reclamação sobre o Centro de Saúde. A principal é a dificuldade de acesso à consulta médica. Mas, por outro lado, há satisfação dos usuários com várias relações pes-

soais e profissionais que se desenvolvem no serviço. São comuns referências elogiosas à forma de atendimento de profissionais específicos.

### 2.3.1 Presença e limitações das organizações populares

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a participação popular no seu gerenciamento, cabendo às organizações populares e suas lideranças papel central no processo. Essa era a expectativa dos profissionais mais próximos da coordenação do C. S. Vila Leonina. Numa prefeitura governada pelo Partido dos Trabalhadores e em que o diretor da Administração Regional Oeste (a que está ligado o Centro de Saúde) é um ex-líder comunitário, essa participação popular é ainda formalmente cobrada a todo momento. Como acontece a participação das organizações populares nesse contexto institucional aparentemente tão favorável?

Na época do início da pesquisa, em agosto de 1994, a Comissão Local de Saúde terminara de ser formada a partir de uma ampla reunião realizada em julho. Dilemas, expectativas e resistências estavam muito vivos. De um lado, vários profissionais temiam essa participação, com medo de que se criasse um nível intolerável de interferência e controle externo de suas atividades. Outros já viam com bons olhos o processo pois significava a presença de agentes e organizações comunitárias para cuidar das dimensões sociais dos problemas de saúde que os atendimentos individuais dentro do serviço não conseguiam abordar. Participação vista como ação compensatória das deficiências do serviço. Finalmente, profissionais mais próximos à coordenação da unidade viam-na como tentativa de reorientação e aperfeiçoamento da globalidade das práticas institucionais.

No entanto, predominava certo descrédito sobre as possibilidades dessa participação por causa da percepção da fragilidade das organizações populares. Situação diferente da encontrada entre intelectuais envolvidos com os movimentos sociais na década de 1980. Acreditava-se, na época, que o processo de expansão que viviam era progressivo e irreversível, o que levaria a uma reorganização radical das estruturas de poder na sociedade. Mas no Aglomerado Morro das Pedras a ênfase nos comentários sobre as organizações populares locais era dada aos seus conflitos, à subordinação de suas lideranças aos partidos políticos e à pequena frequência dos moradores nas reuniões. O que acontecera com essas organizações? O que levava os profissionais a essa diferente percepção?

A história das organizações populares no Aglomerado é antiga. Os primeiros grupos populares locais teriam-se formado ainda na década de 1940, ligados às atividades da Igreja Católica. Voltavam-se para organiza-

ção de celebrações e festas religiosas e para o apoio de famílias com dificuldades materiais. Nos anos 50, com o início da política de remoção de favelas, os grupos evoluíram para Associações de Defesa Coletiva que existiam também em várias favelas próximas. Quando, em 1958, o Exército iniciou ação de desocupação de uma ampla área para a construção do Clube Militar, a Associação de Defesa Coletiva local cresceu e resistiu, tendo havido até mesmo enfrentamento de algumas patrulhas militares. A situação evoluiu para uma negociação em que foram acertadas indenizações às famílias removidas. Com a instauração da ditadura militar em 1964, houve esvaziamento da vida organizativa na região, somente retomada na década de 1970, ainda com o apoio da Igreja Católica. Eram as comunidades eclesiais de base que se multiplicavam, na época, por amplas regiões do país. Surgem, aos poucos, várias associações e grupos comunitários. Multiplicam-se as lutas reivindicativas. A Igreja Católica, por meio da pastoral de favelas, mantinha relativa unidade entre os vários movimentos. É reorganizada a União dos Trabalhadores da Periferia de Belo Horizonte, tornada clandestina desde 1964.

No final dos anos 70, o governo militar perdia sustentação política e se iniciava o chamado processo de abertura. Governos estaduais e municipais começam estrategicamente a buscar apoio e votos dos movimentos populares mediante a incorporação de suas demandas e sua participação nas políticas públicas. Surge o Prodecom — Programa de Desenvolvimento de Comunidades — do governo estadual no Aglomerado. A fisionomia da favela mudou. Ruas são regularizadas, são construídos muros de arrimo para contenção de desabamentos, sistemas de drenagem de água de chuva, creche, chafarizes, área de lazer, escadarias e pavimentação de ruas principais. Em 1984 o Prodecom é extinto, mas a prefeitura assume a iniciativa por meio do programa Pro-Favela, priorizando a regulamentação da posse da terra. De fato, até 1992, são regulamentados os terrenos de quase duas mil casas da região.

Todos esses programas foram efetivados de forma integrada às associações comunitárias locais que, se de um lado ganharam prestígio, por outro tornaram suas relações com o poder público extremamente complexas. De uma prática defensiva contra o desrespeito a direitos humanos básicos ou voltada para a reivindicação de benfeitorias específicas, essas associações passam a fazer parte das políticas estatais. Evidencia-se a diversidade dos interesses locais e as diferentes visões sobre a melhor forma de encaminhá-los, gerando confusões e grandes conflitos internos. Muitas lideranças são cooptadas pela máquina administrativa do Estado e pelos partidos políticos. Outras aprendem a ampliar seu poder mediante a ocupação de postos nos partidos e órgãos estatais, mas mui-

tas vezes sob acusação de abandono do trabalho de organização comunitária. Esse processo de alargamento e aumento de complexidade das lutas, exigindo esforço de aprimoramento técnico e intelectual das lideranças, acaba contraditoriamente por acarretar distanciamento das bases do movimento, que passam a ter dificuldade para acompanhar a sofisticação operacional dos projetos em andamento. As possibilidades acenadas de conquista de melhorias materiais importantes para a região e de acesso às decisões políticas da sociedade mobilizam o esforço maior das lideranças em direção à luta por espaços de poder, deixando de lado a ênfase até então dada ao trabalho educativo para ampliação da participação dos moradores nos movimentos.

Buscando superar a ampliação dos conflitos que ameaçavam esfecelar os movimentos comunitários locais, é criada, em 1983, a Comissão de Associações Comunitárias do Aglomerado Morro das Pedras, tendo a Igreja Católica novamente assumido papel importante. O trabalho comunitário fortalece-se, e, em 1984, época de grande crise econômica, é criado, com o apoio da Secretaria Estadual do Trabalho, um “sopão” para os desempregados, chegando a mil o número de pratos de sopa distribuídos por dia. São criadas ainda várias frentes de trabalho na região. Acontecem grandes mobilizações. Foi o período do auge da movimentação popular local. Intensifica-se o envolvimento das lideranças comunitárias em diferentes partidos políticos, aumentando as divisões e atritos. Vários líderes candidatam-se ao cargo de vereador. Uma líder local é eleita vereadora, muda-se e nunca mais volta à região, ajudando a reforçar a desconfiança da população em relação aos interesses das lideranças. De fato, vários líderes e seus familiares passam a conseguir empregos com políticos em assessorias e órgãos públicos. O poder político, que antes temia e reprimia as organizações populares, aprende a fortalecer seus empreendimentos por meio do trabalho conjunto com elas e, mais do que isto, aprende a cooptar suas lideranças. Com todo esse processo, os atritos e disputas entre as lideranças comunitárias intensificam-se, levando, em 1987, ao esfacelamento da Comissão de Associações Comunitárias.<sup>5</sup>

A carência e a rejeição social vividas pelo favelado o tornam particularmente frágil às seduções que o poder político lhe apresenta. Atitudes

---

<sup>5</sup> Parte dos dados históricos acima provêm do texto provisório “Aglomerado Morro das Pedras; retrospectiva histórica; texto II” de Karla Cunha Pádua e Glória Regina Oliva Perpétua, do Projeto Raja, uma das iniciativas do Inventário do Patrimônio Urbano e Cultural de Belo Horizonte realizado pela Secretaria Municipal de Cultura em 1994.

consideradas rotineiras para membros da classe média alta, como ser recebido e considerado pelas autoridades ou ter acesso a empregos com remuneração digna, representam verdadeiras revoluções na vida da família popular. Assusta aos técnicos, que esperam dos movimentos populares uma pureza heróica redentora das opressões, encontrar líderes com discursos em que a busca do poder pessoal e de benefícios materiais para si por meio de seu poder representativo é assumida sem nenhum constrangimento. A forma como o Estado interveio nas organizações populares gerou uma categoria de lideranças comunitárias com ética própria, em que a luta por benefícios pessoais se tornou legítima contanto que seja também eficiente para sua base de apoio. Para a tecnoburocracia estatal é mais cômodo e ágil negociar com lideranças personalistas do que com entidades participativas, nas quais o poder é difuso e as decisões são dependentes de longas discussões nas bases do movimento. Para tais líderes, como expressou um ex-dirigente de associação de moradores:

“[...] liderança não é ficar fazendo reuniões, mas é ter contatos políticos que garantam o acesso aos palácios e secretarias. É realizar obras e ser admirado.”

A cultura do clientelismo, profundamente enraizada na história brasileira, ressurgiu atualizada na periferia urbana contemporânea.

Todo esse processo resultou num enfraquecimento das organizações comunitárias locais. Fala-se hoje com saudades das grandes mobilizações do passado. Há, além disso, segurança de que as melhorias conquistadas para o bairro só foram possíveis pela luta popular. Reclamam da falta de união e organização dos moradores, manifestando assim desejo de ampliar a união.

Parte da pequena capacidade de mobilização atual está ligada à percepção de que o processo participativo se esbarra em forças e problemas mais complexos e fortes do que muitas vezes os grupos locais são capazes de enfrentar. Como também percebeu Valla (1997), há no ar suspeita de que a participação em muitas das atuais entidades serve mais para a legitimação das instituições governamentais do que aos interesses dos moradores. Ao mesmo tempo se percebe que as movimentações e organizações populares locais não são mais tão centrais como forma de expressão dos interesses dos subalternos como foram nos anos 70 e 80. Com o fim da ditadura militar, multiplicaram-se e fortaleceram-se diferentes partidos políticos, sindicatos de trabalhadores, centrais sindicais, organizações não-governamentais, associações profissionais e científicas.

A imprensa escrita e as cadeias de rádio e televisão também fortaleceram-se, passando a abrigar os mais diversos grupos de interesse e de crença, com grande poder de pressão. Mesmo dentro das grandes instituições públicas e privadas organizaram-se grupos, com diferentes níveis de formalização, voltados para a defesa de interesses e propostas específicos. A sociedade civil tornou-se recortada e povoada por múltiplas e diversas formas de organização, muitas vezes com sofisticado e amplo aparelhamento institucional e material. Elaborando e difundindo ideologias e conflitando entre si de trincheira em trincheira, os aparelhos privados de hegemonia (utilizando a terminologia de Gramsci) são a base de sustentação do poder político nas sociedades capitalistas complexas. A diminuição da capacidade de mobilização das organizações populares do Aglomerado Morro das Pedras deve-se também a essa nova configuração do jogo de forças políticas, em que não ocupam mais a centralidade anterior. Da mesma forma, o descrédito de muitos profissionais de saúde com a capacidade de os grupos subalternos expressarem e lutarem por seus interesses deve-se, em parte, à não-reorientação de suas expectativas para com os movimentos comunitários numa época em que entraram em cena novos e importantes atores, atuando em outros níveis e com outras estratégias no jogo político.

Na área do Aglomerado Morro das Pedras sob responsabilidade do C. S. Vila Leonina existem três associações comunitárias ativas: da Vila Santa Sofia, do Pantanal e do bairro Alpes. As duas primeiras trabalham em grande integração com a Igreja Católica e são as mais ativas. Suas reuniões têm pequena frequência de moradores, mas são respeitadas por eles. A última encontra-se em crise com vários conflitos internos e suas atividades restringem-se à participação na Comissão Local de Saúde. Além dessas associações, existem ainda vários grupos, a maioria ligada às diversas seitas religiosas que prosperam na região. Apenas os grupos ligados à Igreja Católica têm atuação voltada para temáticas não diretamente relacionadas à religião. O esporte também consegue aglutinar os moradores: há um grupo de ca-poeira e vários times de futebol. Há ainda duas creches comunitárias, uma delas ligada à Associação Comunitária Santa Sofia. Não há blocos carnavalescos, escolas de samba ou outras organizações artísticas.

Apesar da baixa mobilização conseguida pelos movimentos da região, percebe-se ter havido certa depuração das lideranças com o afastamento dos antigos líderes mais envolvidos com o clientelismo no poder político. É como se a população tivesse, aos poucos, aprendido a resistir à interferência clientelista em seus movimentos. Mas muitos dos líderes comunitários personalistas continuam ativos com outras estratégias. São cabos eleitorais que conseguem pequenos benefícios para famílias pró-

ximas por uma relação direta com políticos ou chefias administrativas, sem a mediação dos movimentos locais. É provável que a estratégia de distribuição dos recursos públicos na atual administração municipal, sem a mediação tão intensa de vereadores e outros políticos, mas por meio do processo de orçamento participativo, tenha contribuído para o relativo enfraquecimento das lideranças comunitárias clientelistas. No entanto, elas continuam atuantes, haja vista a eleição para governador em 1994, quando um só dos candidatos tinha na região três equipes com quarenta cabos eleitorais recebendo, cada um, um salário mínimo por mês.

A realidade do Morro das Pedras não sustenta a ilusão que tomou conta de muitos profissionais de saúde em que os subalternos, antigos vilões da história, se tornariam os grandes heróis. Os atores populares mostraram-se também contraditórios e frágeis como os vários outros atores sociais. Como diz Carlos Drummond de Andrade (1990:212):

[...] nada basta,  
nada é de natureza assim tão casta  
que não macule ou perca sua essência  
ao contato furioso da existência.

Mas estes mesmos atores contraditórios continuam sendo fundamentais no processo de adequação e alargamento das atividades do C. S. Vila Leonina e na luta por melhores condições de saúde. Essa gente e esses movimentos estiveram e estão bem mais presentes na história de sua constituição como cidadãos, como sujeitos políticos e como nação do que a história oficial nos tem mostrado. Ao mesmo tempo, têm estado bastante mais calados e ausentes da cena política do que deveriam estar (do que gostaríamos que estivessem) (Arroyo, 1987:77).

As organizações populares da região já têm portanto rica e antiga experiência de relacionamento com o Estado. Muitas das suas atitudes, resistências e medos, que surpreendem os profissionais de saúde envolvidos na busca de dinamização de sua participação, têm sua razão de ser. O C. S. Vila Leonina é hoje o aparelho de estado mais integrado com essas organizações, o que mostra a ousadia da política do Sistema Único de Saúde. Fica, no entanto, o desafio de encontrar formas de relacionamento que não repitam os efeitos de subordinação e quebra da autonomia tão presentes em outras intervenções estatais do passado. Mas existe, entre vários profissionais envolvidos no processo de integração, pouco conhecimento sobre esse passado e desconhecimento das armadilhas de cooptação existentes na estratégia de valorização da participação popular nas políticas públicas.

### 2.3.2 A violência como entrave central

Há um entrave persistente dificultando as iniciativas de aproximação do Centro de Saúde em relação aos moradores do Aglomerado Morro das Pedras: o medo da violência. Casos de assassinatos na região são trazidos com frequência pelos pacientes. Ferimentos por agressão fazem parte da rotina de atendimento. Alguns profissionais trazem a marca de assaltos de que foram vítimas em outros lugares semelhantes. O próprio Centro de Saúde já foi várias vezes assaltado (por duas vezes durante a pesquisa, o botijão de gás da cantina foi roubado). Carros de alguns profissionais foram abertos ou riscados na área do estacionamento. Não são raras as vezes em que freqüentadores do serviço tornam-se notícia na imprensa policial. O corpo de um morador assassinado apareceu jogado no córrego que passa do lado do Centro de Saúde. Circulam notícias imprecisas sobre a presença do narcotráfico na região. A exacerbação da violência na região é uma realidade, o que está de acordo com estudos (Neves, Sevalho & Mayer, 1994; Souza & Minayo, 1995) que mostram serem as agressões muito mais freqüentes nas classes populares. Além disso, os comportamentos desviantes dos pobres tendem a se tornar logo públicos e aberrantes por não terem infra-estrutura familiar e material que os acoberte ou os amenize. A violência real das periferias urbanas multiplica-se no medo e no preconceito existentes contra o mundo popular.

O nível e a dinâmica reais da violência na região foram difíceis de ser precisados na pesquisa. Muitas informações são interdidadas aos profissionais de saúde em razão do medo de que ele tenha alguma ligação com a polícia ou de que marginais considerem o informante como traidor. Além disso, a presença de doutores inibe manifestações de violência. Uma moradora diz ter visto membros do narcotráfico desfilando com fuzis por becos da favela, uma cena que dificilmente poderia ser presenciada por profissionais de saúde. Diferentemente das favelas do Rio de Janeiro, a presença do narcotráfico no Aglomerado Morro das Pedras não é ostensiva. Ela acontece de forma camuflada, talvez pela superioridade do poder militar da polícia. Há ainda um jogo dos moradores, ora negando, ora ressaltando a violência de acordo com seus interesses do momento. Sabem que a violência no morro tem o efeito de difundir a idéia de que todo pobre é agressivo e perigoso. Por isso, muitas vezes tentam negar a importância de crimes e agressões, como se quisessem dizer: — aqui é diferente, nós somos gente honrada. Outras vezes, para ressaltar o seu sofrimento e despertar compaixão, contam os casos, exagerando suas

dimensões trágicas. Por se tratar de realidade difícil de ser conhecida com precisão, a violência na região é campo fértil para fantasias e projeção de preconceitos.

O Aglomerado é tido como região menos violenta que outras favelas próximas, como a da Ventosa. Além disso, percebe-se que ali os profissionais de saúde são objeto de respeito e proteção especiais. Uma moradora antiga na região me fez logo uma recomendação quando soube que eu pretendia andar e pesquisar pela favela: “vá vestido com o avental do posto de saúde”. De fato, nenhum profissional de saúde foi até hoje agredido fisicamente ou assaltado quando em trânsito pela região. Estudos como o de Zaluar (1985) têm mostrado que, mesmo em regiões mais violentas, o banditismo é uma realidade circunscrita e submetida a certas regras informais que dão ao restante dos moradores condições de convívio. Mesmo nessas regiões, a maioria dos moradores vive um cotidiano de muito trabalho para sobreviver. Apesar de a violência ser uma realidade circunscrita, seus efeitos sobre as atitudes dos profissionais diante da clientela é ampla.

Na verdade os vários profissionais de saúde já traziam de fora parte de sua visão e de seu medo da favela. Uma das estratégias de dominação é a manipulação pelo dominador da idéia que a sociedade tem do dominado. Uma das técnicas repressivas é a difamação de quem se quer reprimir. Para a estratégia liberal de corte dos gastos sociais ter legitimidade, é preciso difundir explicações que a justifiquem. Assim, a imagem que se constrói para o pobre no Brasil é de preguiçoso, desregrado, perigoso e bandido. De acordo com essa visão, o controle dos efeitos nocivos da miséria dependeria, antes de tudo, do fortalecimento da polícia para a proteção do restante da sociedade contra as chamadas classes perigosas. Trata-se de proposta bastante diferente da reivindicação local de maior presença e melhor qualidade da polícia no Aglomerado para proteção dos próprios moradores dos grupos minoritários violentos aí presentes, ajudando a ordenar o convívio social e, assim, combater o preconceito social que identifica, de forma generalizada, os pobres das periferias urbanas como violentos. Os profissionais de saúde, vindos de uma realidade muito distante e influenciados pela propaganda liberal, trazem para o Centro de Saúde mais preconceitos do que conhecimentos sobre o mundo popular.

Após experimentar alguma imersão na realidade popular é que se tem noção da força da barreira invisível que separa pobres de ricos e setores sociais intermediários. Nada impõe claramente tal separação. Pelo contrário, somos convidados a conviver alegremente nos estádios de futebol, nas celebrações religiosas, nas escolas de samba e na nossa cozinha.

Mas vivemos em mundos separados, cada vez mais longe um do outro. Vivemos absorvidos em nossos ambientes e em grupos sociais particulares. Os contatos com outras classes sociais são restritos e formais. Sabemos que não somos iguais, nem perante a lei, nem perante a riqueza produzida. O que não sabemos é da capacidade de inúmeros obstáculos microscópicos tornarem essas realidades tão distantes culturalmente (Zaluar, 1985:11-2). Nessa distância e nesse desconhecimento, nós nos tornamos extremamente vulneráveis às imagens pintadas pelos meios de comunicação de massa financiados pelas grandes empresas e pelo Estado. *Classes populares, classes perigosas*. Essa é uma introjeção que se instala em níveis profundos do inconsciente; não é apenas um conceito aprendido que pode ser racionalmente alterado pela vontade. Recordo-me dos tremores internos e da reação de defesa de que era repetidamente acometido ao encontrar, sozinho, olhares mulatos e esqueléticos em becos do Aglomerado.

Tal preconceito, que homogeneiza os moradores da região como perigosos e violentos, tende a se enfraquecer com a convivência nos atendimentos, quando se entra em contato com a dignidade e o esforço, às vezes heróico, de sobrevivência e busca da alegria do viver. Quando se aprende que o diferente, antes que descomedimento, pode ser uma outra lógica de se orientar na vida. Mas atos de violência que, às vezes, se repetiam no cotidiano do serviço traziam novamente à tona o preconceito e o bloqueio afetivo diante do favelado. O assalto ao carro de uma dentista no estacionamento, por exemplo, gerou amplas e repetidas manifestações contra os favelados em geral: “esse pessoal não vê que estamos aqui prestando serviço para eles?” Nesse momento percebiam-se alguns olhares rancorosos dirigidos para clientes que aguardavam silenciosamente atendimento.

A violência tem poder de contágio. Coincidentemente, na época, fui ao centro da cidade e participei de um episódio que me fez ser mais compreensivo diante dos olhares rancorosos da dentista assaltada. Estava no ponto de ônibus quando ouvi gritos: “Ladrão, ladrão! Pega, pega!”. Vivia-se uma onda de ataques e assaltos por menores no centro da cidade. Os gritos, naquele contexto de tensão e medo, sobressaltaram todos os que estavam no ponto de ônibus. Imediatamente senti aproximar pelas costas um bando de meninos de rua correndo. Eram em torno de dez. Virei-me e vi um deles, com cerca de cinco anos, tropeçando e caindo próximo de meus pés. Fui invadido por um ímpeto de chutar-lhe a cabeça. Assustei-me com a agressividade e o ódio que me invadiram. A ameaça violenta à integridade do nosso corpo e dos nossos pertences desencadeia reações instintivas. O menino levantou-se e, correndo, juntou-se

novamente ao grupo. A violência contagia. Invididos pela violência do outro, perdemos o discernimento. A violência cega.

O medo da violência popular tolhe iniciativas de ação mais integradas à comunidade. Uma pediatra começou a participar da tentativa de formação de um grupo de adolescentes. Em conversas no consultório, com mães de adolescentes, buscando saber das atividades dos filhos, começou a notar resistência de algumas para falarem sobre o assunto. Algumas mães mostraram até mesmo agressividade com as perguntas da pediatra. Outras falaram, constrangidas, de atividades ilícitas dos filhos. Ela ficou com medo e se afastou da iniciativa, dizendo: “Não vale a pena arriscar”. Mas havia tantos jovens interessados... Em outra ocasião, um grupo de adolescentes formou-se por iniciativa de outro pediatra.

Com o tempo, os profissionais aprendem a conviver com a violência local. Seus mecanismos de defesa impedem que se perturbem muito, como mostra esta fala: “Já passei do tempo em que ficava chorando pelos dramas dos pacientes”. Riu e continuou: “O que eu vou fazer se querem matar uns aos outros?” Rindo e ironizando, vão enfrentando os casos e dramas de violência com que se deparam. Talvez o mais perverso seja essa adaptação homogeneizadora. A violência os distancia do morador que passa a ser não mais um outro com quem se busca relações igualitárias. Há compaixão e piedade, mas para seres inferiorizados pelo perfil de violência. Mesmo que não sejam todos praticantes de violência, todos fazem parte da mesma “raça”. Para se defender dos impactos dos sentimentos ameaçadores, o profissional distancia-se e tranca sua sensibilidade emocional, tratando a todos formalmente ou com ironia. Há uma anestesia diante dos afetos trazidos pelo cliente, que tende, assim, a ser abordado apenas como problema técnico. Só alguns poucos pacientes, com quem se tem maior contato ou que algum acontecimento especial levou a uma aproximação afetiva, passam a ser tratados como dignos de se relacionar afetivamente com os profissionais.

Como entender a exacerbação da violência nas periferias urbanas?

Ainda que não se possa estabelecer uma relação mecânica entre o aprofundamento das desigualdades sociais e a intensificação da criminalidade e o clima de conflito no qual vivem hoje os grandes centros urbanos do país, não há como negar a associação entre eles. Não se pode considerar mera coincidência o fato de as duas regiões metropolitanas do país com maiores taxas de mortalidade por causas externas (em que os acidentes de trânsito e os homicídios são os principais componentes) terem também os piores índices de pobreza e de distribuição de renda. Recife, com taxa de mortalidade por causas externas em 1989 de 105,2 por cada 100.000 habitantes, é a região metropolitana na qual as taxas de

mortes violentas mais cresceram na década de 1980. Lá, os rendimentos dos 1% mais ricos são 240 vezes maiores do que os dos 10% mais pobres e a taxa de pobreza familiar é elevadíssima, atingindo 51,7% das famílias em geral. O Rio de Janeiro, com taxa de mortalidade por causa externa de 126,3 por 100.000 habitantes em 1989, é a região metropolitana com a maior concentração de renda do país. Em 1989, os 1% mais ricos da população detinha 20% da renda (Souza & Minayo, 1995). Apesar de Belo Horizonte ter taxa de mortalidade por causas externas (68,8 por 100.000 habitantes em 1989) abaixo da média nacional, a região atendida pelo C. S. Vila Leonina foi identificada como uma das regiões de pior distribuição de renda da cidade, em estudo realizado pelo Ipead — Instituto de Pesquisas Econômicas e Administrativas — da UFMG citado por Vieira (1996).

Barrington Moore, citado por Nunes (1989), estudando as bases da obediência e da revolta, constatou a importância, para o relacionamento social, da noção de reciprocidade. Em relação a aspectos como autoridade, divisão do trabalho e distribuição de bens e serviços, cada sociedade desenvolve noções precisas de obrigações mútuas, cujo rompimento acarreta a indignação moral e o sentimento de injustiça. Essas noções e regras culturais, construídas ao longo da história dos povos, definem os limites do que governantes e súditos, dominantes e dominados podem fazer. Transgredi-las pode implicar forte reação moral ou até mesmo revolta dos atores sociais prejudicados. As rápidas transformações vividas pelas classes populares com o processo de industrialização e urbanização estão quebrando muitas das tradições que orientavam as cumplicidades e reciprocidades entre as várias classes sociais.

A capitalização da produção rural, em condições de grande concentração fundiária, vem inviabilizando a permanência no campo de parcelas crescentes da população. Na cidade, privados do orgulho que os membros da corporação de ofícios tinham pelo conhecimento de suas técnicas artesanais para realizar seu trabalho, próprio do período pré-capitalista e também da satisfação moral que a concepção religiosa do trabalho como um valor em si, própria do capitalismo em sua versão puritana, aos trabalhadores pobres do Brasil restou a satisfação material que seus ganhos salariais lhes podem fornecer. É o orgulho de ser o provedor respeitado de sua família que permite ao trabalhador aparecer em público como moralmente superior aos bandidos. Mas, diante da péssima remuneração do trabalho e das relações opressivas que nele ocorrem, a visão escravista, em que o trabalho é visto como algo negativo, atualiza-se. Assim, o brasileiro pobre desenvolve uma concepção ambígua sobre o trabalho: algo que dignifica e, em outros momentos, coisa de otário. Os jovens, em

particular, vendo a incapacidade de seus pais proverem a família apesar do número excessivo de horas trabalhadas, passam a ver os homens mais velhos, sem prazer, sem folga e sem dignidade, como escravos, incapazes de servir como exemplos a serem seguidos. Os altos níveis de desemprego e o preconceito contra os jovens favelados no mercado de trabalho dificultam ainda mais a opção pela profissionalização. Além do mais, têm menos o que perder ao se desviarem dos padrões considerados corretos de conduta.

Ao mesmo tempo, o narcotráfico trouxe para o banditismo um nível de riqueza sem precedentes. Colocar uma arma na cintura provoca reviravolta nas relações de poder locais, antes regidas pela hierarquia entre as gerações. Os jovens, de humilhados socialmente, passam a ser temidos. Mas tais jovens (revoltados ou membros menores de redes de crime organizado) têm ainda trágica trajetória a percorrer: as constantes disputas entre as quadrilhas e os freqüentes enfrentamentos com a polícia tornam-lhe a expectativa de vida muito curta (Zaluar, 1985).

A violência nas periferias tem, portanto, dimensão de revolta contra as condições de vida a que as classes populares são submetidas, sendo assim manifestação da luta de classes. Trata-se, no entanto, de revolta sem projeto de mudança social amplo. No Centro de Saúde, a violência é algumas vezes utilizada como instrumento de poder, seja riscando o carro da doutora que não o atendeu, seja fazendo ameaças. Certa vez, uma mãe que não conseguiu consulta extra chamou o filho adolescente e lhe pediu que olhasse bem para o médico e a auxiliar de enfermagem que tinham negado seu pleito para depois vingar, quando os encontrasse na rua. São acontecimentos raros, mas que repercutem amplamente. A violência, com todas as suas explicações, continua sendo atitude que fere e torna ainda mais superficiais as relações entre os vários atores envolvidos no enfrentamento dos problemas de saúde da região.

## 2.4 Diversidade e fragilidade das práticas de educação em saúde

Múltiplas iniciativas de atuação educativa vêm sendo tentadas no Centro de Saúde Vila Leonina desde 1991. Enquanto a Opas apoiou diretamente o Centro de Saúde, essas atividades avançaram e tiveram espaço para aprofundamento de suas metodologias. Mas, desde 1993, elas sobrevivem como iniciativas isoladas de grupos restritos de profissionais sem apoio material e humano da Secretaria Municipal de Saúde.

A reorganização da assistência à saúde por meio do modelo Silos (Sistemas Locais de Saúde) defendida pela Opas priorizava as oficinas de trabalho como instrumento de intervenção e mudança institucional. Partindo

do pressuposto de que é fundamental a mudança da cultura dos trabalhadores de saúde e dos usuários para se conseguir uma reorientação das políticas de saúde, investiu-se em atividades pedagógicas nesse Centro de Saúde que se pretendia fazer vitrina para a Reforma Sanitária nacional (Mendes, 1994:14). No processo de levantamento dos problemas locais de saúde, foi-se configurando a necessidade de intervenções coletivas em que aspectos culturais e educativos eram ressaltados. O aparecimento de dificuldades no processo de discussão interna entre os funcionários trouxe à tona questões importantes sobre a forma de condução pedagógica das oficinas. Contratou-se uma empresa privada de consultoria em intervenções sociais para coordenar uma oficina sobre a metodologia de trabalho com grupo. A presença, na equipe, de uma assistente social com experiência anterior em trabalho comunitário foi também importante na dinamização das iniciativas de educação em saúde que começaram a se estruturar.

Algumas iniciativas, como foi a criação de grupos de puericultura, interromperam-se logo após o início. Outras, como o trabalho com desnutridos e diabéticos, consolidaram-se e ampliaram-se. Mas a maioria das iniciativas educativas foram mostrando-se como atividades superficiais e inconstantes de profissionais isolados. O término do apoio da Opas, a crise da relação do serviço com a nova administração municipal e a transferência da assistente social foram fatores importantes para a não-ampliação das atividades educativas no Centro de Saúde.

Durante o processo de levantamento dos problemas de saúde prioritários da região realizado em 1991 e 1992, a questão da gravidez em adolescentes foi muito mencionada. Organizou-se, então, um grupo de técnicos (a maioria pediatras e ginecologistas) motivados a levar em frente um trabalho educativo com adolescentes. Uma psicóloga, anteriormente contratada para conduzir a psicoterapia de grupo entre os funcionários, assumiu, como voluntária, a coordenação do trabalho, mostrando que a ação educativa nas classes populares é capaz, ainda hoje, de mobilizar o empenho militante de alguns técnicos. Mas as reuniões preparatórias desse grupo de técnicos arrastavam-se. A psicóloga reclamava que parte dos participantes do grupo apenas compareciam às reuniões sem efetivar os encaminhamentos decididos. Para alguns técnicos, participar de atividades educativas é uma forma de sair da rotina diária de atendimento, pois no dia das reuniões não são marcadas consultas para os médicos envolvidos. Assim a diversidade de interesses não declarados entre os participantes dava imobilidade ao grupo, apesar de terem organizado e contratado até mesmo um curso com empresa privada de assessoria sobre trabalho com adolescentes em 1993. A complexidade das atividades comunitárias exige integração com grupos locais e uma série de iniciati-

vas prévias que não são imediatamente visíveis ou previsíveis. Sem empenho e disponibilidade pessoal dos técnicos envolvidos, essas atividades não prosperam. Os membros do grupo técnico não se dispunham nem mesmo a visitar os grupos de jovens já existentes na região em um fim de semana. Além disso, sexualidade é tema polêmico, despertando divergências frequentes. Na primeira reunião externa organizada, os adolescentes já estavam aguardando no salão e a equipe ainda discutia intensamente, em outra sala, a pertinência do filme escolhido para desencadear o debate. Nesse contexto, a reunião não teve desdobramentos.

Quando esta pesquisa se iniciou, a equipe tentava formar um outro grupo de adolescentes. Nas reuniões preparatórias, era interessante como alguns princípios metodológicos da educação popular, como a valorização do saber popular e o cuidado para o discurso técnico não inibir o saber popular, faziam parte dos discursos de muitos profissionais. Mas ninguém se referia ao conceito “educação popular”, mostrando que muitos dos seus princípios haviam-se tornado senso comum entre os trabalhadores sociais. Entretanto, analisando a atitude de muitos deles diante dos usuários, ficava claro que tais princípios não tinham sido compreendidos e incorporados em profundidade. Faziam parte do discurso politicamente correto, considerado progressista.

Meses passaram-se em discussões e o novo encontro com os adolescentes locais não saía. Um médico impacientou-se e resolveu assumir sozinho a organização de um grupo à noite. As reuniões prosperaram, surpreendendo os outros profissionais antes tão inseguros para iniciar o contato com os adolescentes. Existe, no meio popular, carência de espaços de acesso a conhecimentos técnicos e mesmo de espaços para discussão de seus problemas. A definição prévia dos vários passos educativos a serem seguidos nesses espaços é difícil de ser prevista e planejada, por mais que haja reuniões e assessorias. Como a diversidade de situações possíveis é muito ampla, faz parte do método da educação popular certa indefinição das técnicas pedagógicas a serem utilizadas. A preocupação maior do educador é entender quem é seu educando no contexto geral da sociedade e qual é seu próprio papel no processo de transformação social. Orientadas pelos princípios gerais da educação popular, as técnicas pedagógicas a serem empregadas definem-se no processo de interação desencadeado, uma vez que se cria espaço de debate e os problemas concretos e prioritários são explicitados. Muito mais importante do que discutir técnicas de reunião e de repasse de conhecimento é saber se o interesse popular é o eixo condutor do processo de discussão, sem imposições externas. Daí a centralidade das reflexões sobre as relações de poder entre o agente educativo externo e a população, na

tradição da educação popular. Mas para o profissional que teme e desconhece o mundo das classes subalternas, essa maneira de se conduzir, sem definição prévia do caminho a ser percorrido, causa muita insegurança. Uma prática educativa mais formal pode ser a saída para se iniciar aproximação do profissional com o mundo da cultura popular, possibilitando outras ações posteriores que, progressivamente, se tornarão mais abertas ao ritmo e aos interesses locais. Mas, muitas vezes, as práticas educativas formais são tão rígidas que não criam espaços de questionamento e aprendizado do técnico envolvido.

As reuniões semanais com os adolescentes iam bem, até que o médico entrou de férias e esqueceu-se de avisar aos participantes, que continuaram vindo até se cansarem. O grupo esvaziou-se. Esse esquecimento revelou-lhe a falta de envolvimento pessoal com o grupo. Há no educar muito mais que atitudes e técnicas educativas ou conteúdos importantes a serem aprendidos. Freire (1979:93-4) já chamava atenção da importância do compromisso pessoal na educação:

[...] se ele [o diálogo] é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes. [...]. Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda.

Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo. [...] amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico.

Muitas vezes, ao contrário de compromisso, o que se via era desprezo nas relações com a população, como mostram os acontecimentos durante uma campanha de vacinação.

Treze de agosto de 1994, sábado: o Centro de Saúde estava movimentado, pois era dia nacional de vacinação. As famílias iam chegando em grande número com as crianças vestidas com roupas coloridas. A campanha de divulgação nos meios de comunicação de massa fora enorme. Havia, em muitas crianças, um ar de excitação por estarem participando de um acontecimento cívico; momento em que se sentiam cidadãs colaborando na construção de algo muito importante segundo os dizeres da



televisão. Ficava ali patente a força dos meios de comunicação de massa. Houve uma propaganda da Secretaria Estadual de Saúde muito bem feita em que uma criança era incitada a fazer vários tipos de careta e depois a fazer a careta de espantar doença: ela abre a boca e estira a língua para receber a vacina de pólio. Vi várias crianças orientando o irmão menor a fazer a careta de espantar doença. Propaganda bem feita, população motivada, crianças excitadas. Um clima de festa. Mas o Centro de Saúde estava ali sem enfeites, sem alegria, com os funcionários atendendo rotineiramente, rapidamente, sem sorrisos e conversando entre si. Havia grande insensibilidade às expectativas das crianças.

Educação em saúde é também articulação dos grandes acontecimentos e campanhas divulgados nos meios de comunicação de massa com as atividades executadas no cotidiano do serviço, buscando refletir nas suas implicações. Há, no entanto, tendência de encará-la como um conjunto de atividades orientadas apenas para os fatos locais. Na sociedade urbana e industrial contemporânea as preocupações e motivações dos moradores já não se limitam aos acontecimentos locais como ocorria no mundo rural, antes dos grandes meios de comunicação de massa.

Nesse dia nacional de vacinação, os pais que traziam as crianças encontravam um abaixo-assinado sobre a mesa colocada logo na entrada do Centro de Saúde. Enquanto as crianças eram vacinadas, os funcionários orientavam os adultos para o assinarem, dizendo: “é para melhorar o Posto”. Nem o seu cabeçalho estava exposto. Era um abaixo-assinado encaminhado pelo Distrito Sanitário solicitando do governo federal mais recursos para o Sistema Único de Saúde. Perguntei se não seria melhor explicar para cada pai as razões daquele abaixo-assinado. Responderam: “Dá muito trabalho ter que explicar tudo para todo mundo. E eles não vão entender mesmo...” O abaixo-assinado, instrumento de reivindicação em torno do qual se organizaram tantos trabalhos educativos, estava ali transformado em rotina e esvaziado por uma postura de desprezo à população. Os instrumentos educativos perdem sentido se utilizados sem perspectiva de compromisso e respeito aos subalternos.

Muitas iniciativas educativas de profissionais isolados mantinham-se com dificuldade. Uma ginecologista organizava com alguma regularidade reuniões, ora sobre a gestação, ora sobre planejamento familiar. Apesar de ser profissional dinâmica, não se empenhava nas reuniões pois não acreditava na capacidade de luta da maioria das mulheres que atendia para melhorar a vida. Ela percebia a insuficiência das consultas médicas realizadas repetidamente e buscava alternativas, mas a limitação do modelo de prática educativa consolidado e difundido na tradição do

serviço não lhe abria canais de interação com a população capazes de lhe despertar a motivação.

A assistente social do turno da noite começou a organizar um grupo voltado para a produção artesanal de tapetes, com objetivo inicial de buscar formas alternativas de renda para a população. Posteriormente, o grupo passou a incorporar pacientes com problemas de saúde mental numa perspectiva de terapia ocupacional. Mas não havia integração com a psicóloga e o psiquiatra que atuavam em outros turnos. No seu isolamento, passou a receber críticas por estar atuando sem formação apropriada. O grupo manteve-se com poucos participantes. O isolamento e a fragmentação das iniciativas tornam frágeis as experiências educativas emergentes. Apesar de ser mais demorado e conflituoso, o trabalho coletivo possibilitaria que essas mesmas críticas desgastantes se incorporassem à iniciativa, reorientando-a.

Uma das dentistas fez algumas visitas à creche comunitária local para palestras, levantamento da situação dos dentes das crianças e encaminhamento para tratamento no Centro de Saúde. Durante o período de tratamento fez reuniões com as mães sobre os problemas dentários. Mas a atividade não se consolidou de forma continuada, nem gerou desdobramentos.

A chegada periódica de alunos do curso de medicina para estágio de três meses também originava algumas atividades educativas inconstantes. Há uma orientação geral da Faculdade de Medicina para que se desenvolvam atividades na comunidade. Mas os alunos não são treinados para isso, nem recebem supervisão que os ajude nesse sentido. Como na equipe local não há também profissionais com disponibilidade e formação para orientá-los, sua atuação acaba restringindo-se, em geral, a acompanhar as atividades dos grupos existentes que, precavidos com a provisoriidade do seu interesse, evitam alterar sua rotina para melhor incorporá-los. Uma turma, em especial, iniciou levantamento da situação de saúde de uma das creches locais, chegando a produzir um trabalho escrito com fotos. Mas o trabalho foi apresentado apenas na Faculdade de Medicina, mostrando que o interesse maior que motivava os alunos não eram as crianças e sim as próprias tarefas escolares. Assim, a equipe local e os funcionários da creche nunca souberam do resultado de suas reflexões.

Como essas, outras atividades educativas e comunitárias isoladas iniciavam-se e encerravam-se sem maiores desdobramentos, ajudando a fortalecer a visão presente em grande número de funcionários de que as práticas de educação em saúde seriam enfeites, na rotina de atendimento, com aparência progressista, mas sem resultados significativos.

Os grupos de diabéticos do C. S. Vila Leonina são, no entanto, exemplo

de atividade educativa que se consolidou. Surgiram há três anos por iniciativa da assistente social com maior experiência em trabalhos comunitários e da médica que hoje coordena o Centro de Saúde. Apesar do afastamento de ambas, os dois grupos de diabéticos continuam reunindo-se quinzenalmente, coordenados por auxiliares de enfermagem. Outros profissionais, notadamente os estagiários, participam irregularmente. É impressionante a gratidão de muitos pacientes com o trabalho dos grupos. Participando, superaram depressões por estarem com uma doença incurável, conseguiram equilibrar suas dietas e as dosagens de medicamento e criaram amizades.

As duas auxiliares de enfermagem sentem-se orgulhosas do trabalho com os diabéticos, apesar de muitas colegas as criticarem. Dizem que elas estariam participando do grupo como desculpa para fugir do trabalho pesado de atendimento. Uma das auxiliares, apesar de morar no lado oposto da cidade, nunca pensou em pedir transferência para um centro de saúde próximo de sua casa, porque sabe que na maioria dos serviços não teria espaço para desenvolver trabalhos semelhantes. Sem encontrar espaço institucional de reflexão e aperfeiçoamento de sua prática, angustia-se com a complexidade das questões que lhe são postas pelo trabalho educativo. Já participou de treinamentos organizados pela Secretaria Municipal de Saúde, mas eles estão voltados apenas para aspectos técnicos da diabetes e nunca para as questões da metodologia de condução do grupo ou da relação com os pacientes, que seriam suas grandes dificuldades. Como já fica constrangida de sobrecarregar suas colegas, ausentando-se, quinzenalmente, do atendimento rotineiro para coordenar um dos grupos, procura fazer os preparativos das reuniões em casa. Como tem ainda outro emprego, os preparativos, algumas vezes, se estendem até tarde da noite.

Uma paciente diabética, encantada com o que tinha aprendido no grupo, propôs que se iniciasse um trabalho educativo voltado para os moradores da região, por meio de cartazes e reuniões. A idéia foi logo descartada pelo fato de os recursos humanos disponíveis já se sentirem sufocados pelo atendimento rotineiro. Há um discurso sempre repetido na Secretaria Municipal de Saúde sobre a importância de mudar o modelo de funcionamento dos serviços locais de saúde, mas o que os funcionários sentem é uma insistente cobrança de maior produtividade de atendimentos individuais, limitando suas disponibilidades para atividades educativas. Tal cobrança vem tanto da burocracia da Secretaria Municipal de Saúde como da população. O repasse financeiro do Ministério da Saúde aos municípios depende essencialmente do volume de atendimentos individuais prestados. E, para a população, sufocada com a urgência de seus problemas de

saúde e com a insuficiência dos serviços para atendê-los, as atividades educativas e comunitárias são uma novidade com valor ainda não reconhecido. Quando elas são reconhecidas, como é o caso do trabalho com os diabéticos, os desdobramentos e as novas demandas que surgem são reprimidos pela inércia da rotina estabelecida. O modelo já instituído termina reiterando e amoldando o tipo de demanda da população.

#### **2.4.1 Vítimas se tornando culpadas através da educação em saúde**

Há simpatia e abertura informal dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e de muitos profissionais de nível local para iniciativas de educação em saúde. Um tempo de trabalho significativo é despendido com atividades educativas. Elas ficam, no entanto, dependentes da variação de interesses particulares e da formação prévia trazida por cada profissional, num contexto em que o sistema de ensino em saúde não lhes dedica atenção. Não são assumidas como objetivo institucional importante a ponto de se organizarem supervisões, treinamentos e reuniões para troca de experiências. Não existem recursos para fortalecimento dessas iniciativas ou para a efetivação de atividades sugeridas no processo de discussão com a população.

Diante da falta de orientação pela Secretaria Municipal de Saúde, as práticas de educação em saúde tendem a ser regidas por teorias educativas em circulação entre os profissionais de saúde. De um lado, há nítida influência da proposta da educação popular, manifestada na priorização do trabalho com grupos e em certa valorização do discurso popular. Porém, mais forte ainda é a influência de uma visão de promoção da saúde centrada nas mudanças individuais de comportamento e estilo de vida, implícita no discurso científico contemporâneo.

O avanço da medicina constrói-se não apenas pelo acúmulo progressivo de conhecimentos e técnicas decorrente do progressivo desenvolvimento pelo homem dos mistérios da natureza, mas também como resposta a desafios e problemas enfrentados pelos grupos sociais dominantes na política e na economia, que controlam os institutos de pesquisa. Assim, interesses e ideologias desses grupos encontram-se incorporados no conhecimento e na tecnologia médica. Nos países capitalistas centrais onde mais se tem investido em pesquisa médica, o liberalismo é a ideologia hegemônica. Ela enfatiza a liberdade e a capacidade de o indivíduo controlar os eventos que influenciam sua vida, sendo ele, assim, o grande responsável pelo próprio sucesso ou fracasso. Nessa perspectiva, saúde é um bem que se compra e se vende, se escolhe ou rejeita com base em opções individuais. Promover a saúde significaria ajudar os indiví-

os a fazer mudanças do estilo próprio de vida. Tal projeto, em geral, não se expressa nos documentos e discursos oficiais de forma tão restrita e individualista, referindo-se também a preocupações com os amplos fatores ambientais e sociais envolvidos. No entanto, o que predomina na sua operacionalização é a abordagem dos comportamentos individuais. A consideração de aspectos ambientais e sociais mais gerais fica apenas nas conversas preliminares, uma vez que dificilmente podem ser abordados de forma controlada estatisticamente. Mas nem tudo que é importante para a saúde pode ser medido matematicamente. Esta proposta de promoção da saúde é orientada pelos estudos epidemiológicos que buscam identificar fatores de risco que estejam associados com os problemas de saúde. Mas os fatores de risco pesquisados são, em geral, comportamentos capazes de ser alterados individualmente. Para o profissional, formado numa perspectiva positivista e, portanto, buscando orientar sua atuação em ações que tenham eficácia comprovada estatisticamente, há poucas opções legitimadas pela ciência além de buscar alterar os comportamentos individuais identificados como fatores de risco.

Num contexto pós-moderno de desencanto com as utopias sociais, desprestígio dos projetos de intervenção ampliada do Estado sobre a dinâmica social e de crise orçamentária, em que se passa a ressaltar os crescentes custos da assistência médica e os limites da medicina tecnológica, assiste-se ao renascimento e a uma crescente ênfase dessas estratégias individuais de abordagem comportamental dos problemas de saúde. A população, incorporando esses valores, passa a centrar esforços de busca da saúde em medidas individuais. Assiste-se nos países capitalistas centrais a um enorme crescimento de ações de educação em saúde, que passam a ser também um negócio lucrativo. Nos Estados Unidos, multiplicaram-se as revistas e publicações voltadas para a promoção da saúde, organizaram-se milhares de equipes de educação em saúde tanto nos grandes hospitais e nas empresas privadas de medicina de grupo como nas instituições públicas, formando uma atividade econômica que movimenta cerca de dez bilhões de dólares anuais. Em muitas empresas, o setor de educação em saúde é subordinado à divisão de *marketing*, pois esta ajuda a vender serviços à comunidade ao passar-lhes imagem integrada com a ideologia individualizante vigente (Minkler, 1989:19).

A ênfase na responsabilidade pessoal pela saúde deixa de lado as considerações sobre as limitações que fatores culturais, políticos e econômicos põem na capacidade de resposta dos indivíduos às necessidades e aos desafios impostos pelo ambiente. Resulta em deslocamento, para o indivíduo, da responsabilidade pelos problemas de saúde inerente ao Estado, às empresas e às instituições. Especialmente entre os po-



bres, entre os quais os constrangimentos materiais e sociais são maiores, tal visão termina por levar a um processo de responsabilização da vítima pelo próprio sofrimento. Diante de uma criança com diarreia e desidratação grave, a culpa é dos pais que não conseguiram assegurar a higiene necessária para evitar o contágio, nem cuidaram com dedicação da reidratação do filho. Aspectos como as condições de saneamento da região, a baixa escolaridade, a jornada de trabalho extenuante dos pais e a precariedade dos recursos e utensílios domésticos disponíveis em casa para a higiene são secundarizados (Valla, 1993:95; Minkler, 1989). Atitudes como essa foram repetidamente presenciadas no C. S. Vila Leonina.

Diante de tais constatações, uma questão passou a me intrigar intensamente: por que uma Secretaria Municipal de Saúde comandada por técnicos provenientes do Partido dos Trabalhadores, estruturado inicialmente a partir de movimentos sociais em que a metodologia da educação popular esteve muito presente, não prioriza nem busca orientar as atividades de educação em saúde desenvolvidas por iniciativas espontâneas em sua rede de serviços?







### 3

## **INSERIR, OBSERVAR, INTERVIR E REFLETIR. ASSIM SURGE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO A FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO**

### **3.1 O caminho se faz ao caminhar: a priorização dos grupos de desnutridos e do vídeo artesanal**

**N**a fase inicial da pesquisa busquei contato com as diversas atividades do Centro de Saúde, procurando entrosar-me com os vários profissionais. Aos poucos, as atividades com os grupos de desnutridos foram mostrando-se como o espaço mais promissor para o estudo da relação entre o serviço de saúde e a população.

O trabalho com desnutridos no C. S. Vila Leonina começou informalmente com uma auxiliar de enfermagem chocada com a gravidade da situação de desnutrição de algumas crianças que freqüentavam o serviço. Começou a trazer alimentos de casa e a pedir colaboração dos colegas para alimentá-las. A sobrevivência dessas crianças e o aumento dos vínculos afetivos que ia acontecendo no processo foi também envolvendo outros profissionais. Ao mesmo tempo, em outro centro de saúde da periferia de Belo Horizonte, uma pediatra começara um trabalho mais sistemático com crianças desnutridas utilizando alimentos chamados de alternativos por não serem habituais na dieta do brasileiro. Tratava-se de experiência bastante influenciada pela Pastoral da Criança da Igreja Católica que, em vários estados do Brasil, vinha difundindo um modelo de ação em saúde: a produção local e distribuição de alimentos servindo para criar vínculos mais estreitos de agentes de saúde com famílias carentes, a partir dos quais algumas ações básicas eram desenvolvidas. A experiência desse centro de saúde começa a repercutir em Belo Horizonte, animando profissionais de nível superior de C. S. Vila Leonina a organizarem também um trabalho mais sistemático com desnutridos.

No início de 1993, profissionais e mães de crianças desnutridas começaram a se reunir numa creche comunitária local para produzir uma fari-



nha enriquecida composta de farelo de arroz e de trigo, fubá, pó de casca de ovo e pó de folha de mandioca para ser distribuída inicialmente a pequeno grupo de onze crianças. Mas muitas coincidências viriam contribuir para a expansão do programa. Na época, iniciou-se em todo o Brasil a Campanha pela Vida e contra a Fome e a Miséria coordenada pelo sociólogo Betinho, que resultou na criação de um comitê na regional oeste da cidade com grande participação de funcionários do Banco do Brasil. A distribuição de cestas básicas recolhidas pelo comitê ampliou a participação de famílias de desnutridos. A associação de pais e mestres de uma escola particular de classe média da região sul da cidade, por intermédio de uma estagiária do curso de medicina, passou a entregar mensalmente um suprimento de leite em pó. Paralelamente, a nova administração da prefeitura municipal assumiu o programa de combate à desnutrição como prioridade e passou a fornecer a farinha enriquecida para seus vários centros de saúde. O maior aporte de recursos materiais aliado ao empenho de alguns profissionais locais dinamizaram o programa e os grupos de desnutridos multiplicaram-se: em agosto de 1994 havia no C. S. Vila Leonina seis grupos com a participação de 164 crianças. A história da efetivação desse programa mostra como, ao contrário do que esperam muitos planejadores de saúde, o desenvolvimento e a consolidação de ações de saúde mais complexas se fazem pela articulação, a maioria das vezes inesperada, de atores e projetos de origens diversas.

Para ter acesso ao grupo, a criança tem de ser atendida por um pediatra para caracterizar o diagnóstico de desnutrição. Cada grupo se reúne uma vez por mês. Inicialmente as crianças são pesadas para avaliação do crescimento, seguindo-se uma reunião com as mães na qual as crianças mais velhas são separadas para uma atividade paralela a fim de possibilitar melhor discussão. Só no final os alimentos são distribuídos: 1,5 kg de farinha enriquecida e 1 kg de leite em pó para cada criança. Eventualmente, de acordo com doações que chegam, outros alimentos e utensílios são distribuídos. Os membros do grupo têm facilidade para conseguir fichas para consultas médicas em caso de intercorrência clínica.

Pediatras, auxiliares de enfermagem, estagiários da UFMG, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social recém-chegadas participam das reuniões, coordenados por uma enfermeira. Na primeira reunião a que assisti, a maioria dos profissionais presentes não sabia, no início, o que aconteceria, pois não havia um planejamento claro e preparação sistemática da condução das reuniões. Mas uma auxiliar de enfermagem havia preparado uma dinâmica baseada no jogo-da-velha: as mães foram divididas em dois grupos que alternadamente tinham de responder a questões sobre o cuidado da saúde. Caso alguém do grupo acertasse, seu represen-

tante tinha direito de marcar seu sinal entre os traçados do jogo-da-velha desenhados no quadro-negro. Iniciada a dinâmica, os vários profissionais foram entrando, ao seu modo, discutindo e aprofundando as respostas dadas pelas mães. Um estagiário de fisioterapia mais extrovertido assumiu a coordenação da brincadeira como apresentador de programa de auditório. Gesticulando e movimentando-se na sala, conseguiu a adesão da plateia. Ver um “doutor” (as mães não sabiam que era um estudante) todo de branco, portando-se como um animador, tinha algo de pitoresco. Seria muito interessante se não fosse a forma simplista e autoritária com que os assuntos eram tratados. As perguntas não tinham sido elaboradas com cuidado, mostrando-se confusas ou muito abstratas para as mães. Ficava claro o desconhecimento da maioria dos profissionais sobre a realidade de nutrição das classes populares. Segundo seus discursos, a desnutrição se resolveria facilmente com cuidados rigorosos de higiene, amor ao filho e o uso racional dos alimentos. Contrariando o discurso da alimentação alternativa que oficialmente orientava o programa, a desnutrição se resolveria, antes de tudo, com a utilização de alimentos nobres: carne, leite, ovos, frutas e verduras. Segundo os profissionais, todos na favela deveriam ter hortas em suas casas quase sem quintal. As dúvidas das mães eram respondidas de forma normativa e simplificadora:

- Por que o meu filho que mais amamentou é o mais desnutrido? Ele mamou até os oito meses e é bem fraquinho.
- Mas você parou com oito meses — respondeu o pediatra. Tinha de continuar.
- Mas o meu leite secou...
- Secou porque você deu outros alimentos.

Respondeu com um sorriso irônico o pediatra, para reafirmar a excelência de seu saber e seu poder, esquecendo que, com oito meses, a mãe tinha mesmo de ter entrado com outros alimentos.

Diante desse ambiente aparentemente descontraído e engraçado, mas grosseiramente autoritário, as mães tentavam responder às questões dentro do discurso higienista que já começavam a aprender. Poucas faziam reflexões mais pessoais. Tendo de utilizar um discurso que não era delas, a linguagem era desequilibrada e artificial, muito diferente das conversas animadas quando estavam no corredor esperando. Fiquei espantado com o autoritarismo daquelas relações educativas.

No meu espanto, foi preciso um esforço para não passar a analisar a situação simplesmente jogando a culpa naqueles profissionais. A origem do problema estava em algo mais profundo, que ia além de suas caracte-



rísticas individuais. O que acontecia ali repetia-se nos mais diferentes serviços. A ciência que orienta a prática dos profissionais de saúde, ao desconsiderar as diferentes dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de adoecimento e de cura dos distintos ambientes e grupos humanos, os deixava insensíveis a muitas dimensões do cotidiano dos moradores. O modelo aprendido de ver a realidade orienta o que é percebido, valorizado ou filtrado do imenso fluxo de informações que nos chegam nas relações que estabelecemos. Ficava evidente os limites da ciência que informava a prática daqueles profissionais de saúde. O saber que aprenderam na escola não dava conta da totalidade da dinâmica da vida.

Como profissional formado na mesma tradição científica, sabia, pela projeção de minha própria experiência, do importante papel reorientador desse modelo aprendido que a convivência sensível e o diálogo durante as práticas educativas exercem. Mas nas práticas educativas que tendiam a se reproduzir no serviço, o espaço para essa convivência e diálogo era muito restrito.

Existe uma polêmica antiga entre os educadores em saúde. Notadamente nos estados onde existem cursos de especialização em educação em saúde, tem-se defendido que as práticas educativas no serviço de saúde sejam de responsabilidade apenas dos educadores com formação especializada. Mas vem-se tornando hegemônica a posição, da qual compartilho, de que as práticas educativas são uma responsabilidade de todos os profissionais. Afinal, muitas das mais criativas e significativas experiências acontecidas no país foram efetivadas por técnicos sem formação específica em educação em saúde. Mas eram experiências integradas em projetos mais amplos de educação popular em que profissionais criavam condições para uma imersão cultural no meio popular. Nessas experiências, as práticas educativas iam sendo construídas e reorientadas no processo participativo e interdisciplinar de busca conjunta de soluções para os problemas locais. A ausência de especialistas em educação em saúde nessas equipes contribuiu, também, para o rompimento de padrões normativos hegemônicos no passado. Porém no atual contexto dos serviços públicos de saúde em que a maioria dos profissionais não tem condições, nem se dispõe a ter contato mais profundo com a dinâmica popular, as atividades educativas que passam a ser desenvolvidas são muito precárias e autoritárias. São até mesmo aberrantes. São executadas como se não merecessem nenhum estudo prévio da metodologia ou dos conteúdos a serem empregados ou discutidos. Partem de uma visão preconceituosa e simplificadora da pobreza e a reproduzem.

Essa insatisfação não era só minha. Auxiliares de saúde, mais próximas do mundo popular em razão de sua origem social, ironizavam, em con-

versas na cantina, muitos dos conselhos de saúde dados pelos doutores. Os próprios profissionais de nível superior estavam insatisfeitos, percebendo o desinteresse das mães durante as reuniões. Tinha-se a impressão de que assistiam a elas apenas por ser pré-requisito para ganhar os alimentos. Havia ainda evidente frustração com os resultados obtidos em relação à melhoria das crianças acompanhadas.

Foi nesse clima de insatisfação e de crise que encontrei campo propício para aprofundar minha atuação como pesquisador e educador. Para Paulo Freire (1995:12), um dos fundamentos metodológicos das práticas de educação popular é orientar-se, não segundo um roteiro temático predefinido, mas com base em contradições sociais e de situações-problema à nossa volta. Quando a crise aflora, surge também a oportunidade de questionamentos que vão além das respostas usuais e da ideologia dominante. A crise por que passava a equipe do programa de combate à desnutrição propiciava abertura para a pesquisa.

Particpei da reunião mensal de avaliação do programa, buscando evitar que ela ficasse apenas em considerações operacionais para o planejamento do mês seguinte. Procurei pôr no centro da reunião a percepção da situação de crise, incentivando os vários profissionais a manifestarem sua opinião. Uma assistente social com formação em psicologia sistêmica defendia que a causa da continuidade da desnutrição era a existência de forte rejeição das mães aos filhos. Seria, portanto, necessário dar ênfase na abordagem psicológica dos problemas dessas mães. Uma estagiária acreditava estarmos diante de uma situação de alienação das mães: seria preciso ser mais enfático nos aconselhamentos, alarmando-as, para que percebessem a gravidade de suas situações. Entretanto, aos poucos, foram somando-se também opiniões sobre o provável distanciamento de nosso discurso da realidade em que as mães viviam. Mas o que fazer para nos aproximarmos da realidade da desnutrição na favela? Por que algumas crianças melhoram e outras não? A coordenadora do programa trouxe, como sugestão para animar as reuniões do mês seguinte, um vídeo sobre o trabalho da Pastoral da Criança. “Ótimo!” Exclamaram alguns. “O vídeo é uma novidade que pode atrair a atenção das mães.” Mas assistimos ao vídeo e vimos que era um depoimento de 45 minutos da pediatra Clara Brandão, uma das autoras intelectuais da metodologia da Pastoral da Criança, dirigido a técnicos. Com a frustração diante desse vídeo, mas impressionado com a abertura da equipe em utilizar um vídeo e com sua vontade incipiente de se aproximar da realidade da favela, aproveitando o fato de possuir uma filmadora, propus que filmássemos o depoimento de uma ou duas mães de crianças desnutridas para iniciar o debate com base em seus problemas concretos.

Já cansados com a demora da reunião, a proposta foi aprovada com algum entusiasmo. Definia-se no momento, sem nenhum planejamento prévio, o instrumento técnico que marcaria toda essa pesquisa-ação: o **VÍDEO ARTESANAL**. Nunca tinha nem mesmo ouvido falar de sua existência como instrumento de pesquisa e educação. É característica da pesquisa qualitativa certa indefinição inicial dos procedimentos de pesquisa a serem adotados, que se vão construindo no processo. É também característica da educação popular não centrar sua atenção principal na discussão de técnicas educativas, mas no jogo de interesses subjacente ao processo educativo e ao problema concreto abordado. A partir do seu eixo metodológico básico, ou seja, a busca da intensificação da troca de saberes entre os atores envolvidos numa perspectiva de compromisso com os subalternos, as técnicas educativas mais eficientes vão delineando-se no processo.

Quando a equipe do programa de combate à desnutrição mostrou abertura para o questionamento de suas atitudes e para a busca de novas formas de intervenção, mostrou também ser ali um espaço propício para servir de base inicial para a pesquisa que começava. Além do mais, o programa possibilitava amplo acesso a famílias nas quais o problema das doenças infecciosas e parasitárias é central.

### 3.2 Para além da percepção institucional de comodismo

Dois dias após a reunião acima citada, fui, com mais dois funcionários, filmar a família de Zefinha.<sup>1</sup> Há três anos, Zefinha tinha ido vacinar seu filho Rafael e assustou os funcionários com a gravidade da situação de desnutrição. Ficaram até mesmo temerosos em aplicar a vacina. Não existia ainda o programa de combate à desnutrição, mas uma funcionária sensibilizou-se com o fato e passou a ajudar Zefinha com alimentos. Mas logo apareceu a suspeita de que Zefinha não estava dando a Rafael os alimentos doados. Pediram então a Zefinha que passasse a trazer o filho diariamente ao Centro de Saúde para tomar mamadeira com leite pela manhã e à tarde. Rafael sobreviveu e melhorou apesar de ter-se mantido como desnutrido de primeiro grau. No processo, Zefinha ficou muito conhecida pela equipe, pois estava sempre por lá, tornando-se centro de várias polêmicas.

Zefinha mora em um barraco não rebocado, com um só cômodo, construído nos fundos do lote de sua avó, onde moram ainda mais cinco tios

---

<sup>1</sup> Os nomes de todos os personagens desta pesquisa estão deliberadamente trocados.

adultos. Tem sete filhos, dos quais quatro foram entregues para serem criados por parentes distantes. Tinha em casa uma filha de seis meses (já desnutrida), Rafael com três anos e outro com sete anos. Recebeu-nos com alegria, excitada com a proposta de ser filmada. Pela primeira vez eu era recebido com abertura em uma casa da região. A casa, com apenas uma prateleira para vasilhas de cozinha, cama de solteiro, um berço e fogão, espremidos, estava razoavelmente arrumada com as roupas guardadas em caixas de papelão e latões sobre o chão e a cama. Quando solicitada a falar da desnutrição de seus filhos, começou a contar os conflitos com o marido, ajudante de pedreiro trabalhando em empregos temporários. Sua mágoa era com a pouca atenção do marido, que gastava grande parte do salário (cerca de um salário mínimo por mês) bebendo e jogando nos bares próximos. Era muito ciumento e afirmava que não era dele a paternidade da filha mais nova, mas do ginecologista que cuidava de Zefinha. Brigavam com frequência.

Durante as filmagens, o filho de sete anos, sozinho, ligou o fogão e esquentou com desenvoltura um resto de arroz feito no dia anterior e o comeu na própria panela. Zefinha contou ainda ser epilética, com controle apenas parcial das crises com o uso de fenobarbital. Sua avó apareceu também falando agressivamente do marido de Zefinha. Ficamos impressionados com a forma escancarada como expunha seus problemas pessoais. Perguntamos se queria que cortássemos algum trecho da filmagem, mas ela mostrou que fazia questão de que todos os seus problemas fossem divulgados.

O vídeo, editado com ajuda de uma comunicadora, ficou com dezesseite minutos e foi usado para introduzir os debates nas reuniões dos grupos de desnutridos. Iniciávamos com a questão: o que pode ser feito para melhorar a situação de uma pessoa como D. Zefinha? O debate mobilizou as mães, mas o eixo das discussões mudou. Não se discutiu cuidados de higiene, o uso da farinha enriquecida ou o valor dos alimentos e dos cuidados básicos de saúde como era o habitual nas outras reuniões. Os novos temas foram alcoolismo, relação entre marido e mulher, o dilema entre ir trabalhar fora e cuidar dos filhos, estratégias para conseguir a aprovação do marido para ir trabalhar, conflitos com outros parentes que moram junto, situação das creches da região e estratégias para se conseguir vaga nelas. Houve momentos emocionados, como quando uma mãe contou a situação de gravidade de seu filho, desnutrido de terceiro grau, decorrente de sua saída para trabalhar fora, deixando-o sob responsabilidade do marido. Trabalhar fora para aquelas mulheres significa ampliação dos contatos sociais e possibilidade de superar parcialmente a carência de recursos materiais e a dependência ao marido mas, ao mesmo tempo, é



carregar uma dupla carga (dupla jornada de trabalho, o longo tempo gasto no percurso, a preocupação com os filhos deixados na casa) e dupla servidão, pois acrescenta a subordinação aos patrões à submissão ao pai ou ao marido (Chauí, 1986:148). Casos e situações iam sendo contados, mostrando a complexidade que cerca o problema da desnutrição nas periferias urbanas.

Os profissionais da equipe iam entrando no debate, cada um a seu modo, valorizando aspectos que consideravam importantes, mas o eixo da reunião era um caso concreto abordado sobretudo sob a perspectiva das mães. A ênfase já não eram conselhos técnicos para serem seguidos ou análises teóricas das raízes gerais da desnutrição. Para muitos profissionais presentes, era a primeira vez que viam imagens e detalhes da situação de moradia de famílias da região.

Ao final da reunião foi ainda discutido e distribuído o cartão para acompanhamento do crescimento das crianças pelas próprias mães. Apesar de ser esta uma técnica de saúde básica e bastante antiga, não vinha sendo utilizada pela equipe, talvez por desconhecimento de suas potencialidades e da sua forma de utilização, mostrando o pequeno investimento da Secretaria Municipal de Saúde no treinamento de seus profissionais em técnicas educativas. Não se organizam encontros para discussão e troca de experiência entre os profissionais dos diversos centros de saúde envolvidos no programa. É como se os caminhos do fazer educativo não necessitassem de maiores considerações. Os conhecimentos gerais e o bom senso dos profissionais seriam o suficiente. Além do mais, a utilização do cartão de acompanhamento do crescimento das crianças é uma técnica que pressupõe crença na capacidade de as mães acompanharem o crescimento dos próprios filhos, o que não existia entre a maioria dos profissionais.

Começavam, no entanto, a aparecer na equipe resistências à nova metodologia. Alguns questionaram se não estávamos fugindo do tema desnutrição. A dinâmica estava trazendo à tona uma série de questões muito complexas, diante das quais os técnicos de saúde teriam pouco o que contribuir apenas com repasse de informações. Havia ainda insegurança de como lidar com as novas questões e as emoções que estavam surgindo nas reuniões. Alguns alegavam que só os psicólogos e psiquiatras tinham competência para abordar afetos e emoções em grupos. Outros profissionais ficavam constrangidos com a forma como os problemas pessoais de Zefinha eram discutidos publicamente. Projetando-se naquela situação, achavam que sua privacidade estava sendo desrespeitada. Zefinha repetidamente vinha assistir às reuniões, ficando do lado de fora da sala junto da porta ou da janela. Manifestava ora vergonha, ora orgulho de

estar sendo centro das conversas. Por diversas vezes perguntamos se queria que parássemos de usar o vídeo sobre os seus problemas nas reuniões, ao que ela sempre respondia negativamente. Talvez percebesse que a difusão do vídeo contribuía para se fazer compreendida, ajudando a combater o preconceito com que era vista.

Todos esses questionamentos levantados eram pertinentes, mas o maior interesse das mães nas reuniões e a riqueza de novos dados, trazidos pela dinâmica para o aprendizado dos profissionais envolvidos, faziam com que a proposta fosse mantida. Mas foi importante trazer para debate, nas reuniões formais, essas resistências que muitas vezes se manifestavam timidamente nos bastidores. Eram temores legítimos e, caso não fossem discutidos abertamente, poderiam resultar em esvaziamento das atividades do grupo.

Aqueles profissionais não tinham, até então, vivido experiências nos movimentos sociais, sobretudo nos grupos de mulheres, nos quais, há bastante tempo, dinâmicas semelhantes já vinham sendo adotadas. Nesses movimentos se foi percebendo que a apresentação de problemas pessoais nos grupos ajudava na percepção do seu caráter coletivo, contribuindo para a superação do sentimento de fracasso e de culpa. No processo compartilhavam-se estratégias de enfrentamento e se criava um sentimento de solidariedade e amizade que geravam novo ânimo. As pessoas, percebendo a dimensão social de seus problemas privados, envolviam-se em formas coletivas de luta. Nas lutas descobriam-se como atores sociais, com identidade própria, capazes de intervir no jogo político e, assim, caminhavam em direção à cidadania.

Os membros da equipe percebiam ainda uma desconfiança dos profissionais da saúde mental diante daquelas dinâmicas em que as emoções eram elemento importante e não havia controle do processo grupal por profissional especializado. Manifestava-se ali a noção muito difundida na cultura institucional de saúde de que o manejo de dimensões emocionais e subjetivas envolvidas no processo saúde-doença é competência exclusiva dos psicoterapeutas. O campo da saúde é marcado por disputas entre diferentes profissões e especialidades pelo monopólio de setores da atenção em saúde.

As reuniões dos grupos de desnutridos foram acontecendo às terças-feiras durante todo o mês. Outros profissionais do C. S. Vila Leonina não ligados ao trabalho com desnutridos foram mostrando interesse em ver o vídeo. Assistiam a uma parte das reuniões, levavam a fita de vídeo para assistir em casa ou ligavam o videocassete em horas vagas. Comecei a perceber que o assunto vinha gerando polêmicas. Alguns funcionários comentavam que o vídeo ressaltava apenas aspectos que colocavam Zefi-

na como vítima da miséria, deixando, de lado, fatos que mostravam seu comodismo e preguiça. Havia certa agressividade em relação a ela. Contavam vários casos para justificar essa posição. Uma funcionária, residente na região, contou que Zefinha ia sempre a sua casa pedir ajuda. Certa vez sua mãe pediu para que ela passasse algumas roupas antes de receber a ajuda solicitada. Como ela nunca mais voltou, todos ficaram indignados. Um profissional de nível superior, que já a havia atendido, dizia que Zefinha não era epilética, mas sim histérica. Desmaiava para fugir das situações de grande ansiedade. Para ele, o Centro de Saúde, ao procurar atender ansiosamente suas solicitações, acabava por impedir que ela refletisse sobre seu problema. Mesmo os profissionais com postura política de esquerda, conscientes do peso dos determinantes sociais no comportamento das pessoas, insistiam em ressaltar exemplos da falta de empenho de Zefinha. Como exemplo, era citado o fato de ela não ter dado continuidade ao processo de psicoterapia iniciado pelo psiquiatra local. Não levavam em consideração a reconhecida crise de adequação do modelo de abordagem da psicanálise aos membros das classes populares.

Criou-se uma polêmica no Centro de Saúde: Zefinha seria uma acomodada ou uma vítima? Muitos se posicionavam, mas pouco se sabia sobre sua história de vida. Os profissionais de saúde aprendem a guiar suas condutas técnicas com base em investigação criteriosa do problema enfrentado. São estabelecidas rotinas de investigação para cada especialidade. Mas, diante dos problemas de ordem social, tendem a tomar posições sem o mínimo de investigação. Cada profissional enfatiza determinado modelo explicativo dos problemas sociais, tendendo a classificar os pacientes antes de ouvi-los. Fora do campo específico da competência técnica em que foram treinados para operar, essa tendência, de logo classificar os mais diferentes casos em esquemas sociológicos simplificados, distancia-os do cuidado para com casos complexos.

Entrevistei Zefinha e descobri uma história que nenhum profissional local ainda conhecia, apesar dos vários qualificativos depreciativos que recebia e de ser motivo de polêmica freqüente dentro do serviço há anos. Zefinha, então com 28 anos, não conheceu seu pai que era caminhoneiro e havia-se separado de sua mãe antes que ela nascesse. Na infância, a mãe vivia com um soldado da polícia de quem tem boa recordação. Lembra que era repetidamente maltratada pela mãe, que bebia e gostava de “ir para a farrá”. Quando tinha dez anos, a mãe largou o padrasto e abandonou os filhos. Sem ter para onde ir, buscou apoio da família do pai que já tinha falecido. Foi mal recebida, mas ficou com eles. Meses depois foi estuprada por um tio. Sua avó paterna ameaçou-a de morte caso denunciasse o fato à polícia. Mas sua avó materna, sabendo dos maus-tratos,

veio buscá-la e fez denúncia à polícia. Há dezenove anos corre contra o tio inquérito policial sem nenhum resultado concreto. Veio então para a Vila Leonina onde foi bem acolhida pela avó. Freqüentou por pouco tempo a escola porque se sentia ridicularizada pelos colegas pois, já na época, tinha crises de desmaio. Aos dezesseis anos, conheceu o atual marido e logo engravidou. Após o segundo filho, pressionou-o a assumir as crianças e passaram a morar juntos. Mas sempre brigaram muito.

Diante da dúvida sobre as crises de desmaio serem ou não crises convulsivas, Zefinha foi novamente encaminhada ao clínico do Centro de Saúde, que foi antes procurado para se inteirar da importância da investigação. Apesar disso, foi atendida rapidamente. No prontuário estava anotado apenas: “neurose + epilepsia. Receitado fenobarbital; encaminhado ao psiquiatra”. Segundo Zefinha, o médico lhe dissera que ela não tinha epilepsia, mas que era bom continuar tomando fenobarbital pelo seu efeito calmante, o que não tem fundamento técnico. O psiquiatra não a atendeu alegando não ter vaga para psicoterapia e a encaminhou para a psicóloga, que não a aceitou porque o encaminhamento original era para o psiquiatra. Examinando todo o prontuário de Zefinha, só há anotações de pequenos problemas médicos pontuais por profissionais diferentes. Não há nenhuma anotação sobre seus problemas gerais. Nunca foi acompanhada sistematicamente, nem encaminhada para neurologistas. Diante da situação, Zefinha resolveu deixar de lado a investigação de seu problema, continuando a usar o fenobarbital irregularmente e voltando aos médicos apenas quando alguma pequena intercorrência surgia.

Os serviços de saúde, com sua organização baseada no atendimento por diferentes categorias de profissionais e suas especialidades, selecionam os problemas assumidos de acordo com a competência dos profissionais disponíveis no momento e não de acordo com as necessidades dos pacientes. Para o restante dos pacientes cujos problemas não se ajustam às competências dos especialistas disponíveis é como se dissessem: “não é problema nosso”. Assim, são os pacientes que devem saber afirmar suas demandas de forma coerente e adequada ao que o serviço é capaz de oferecer. Grande número de queixas e problemas do doente não são nem ao menos considerados. Com essa forma seletiva de funcionamento, muitos pacientes, especialmente os portadores de problemas mais complexos e graves (a ponto de não serem capazes de tomar a iniciativa de articular e integrar, por conta própria, os diferentes atendimentos especializados) são jogados de um lado para outro até se cansarem e se conformarem com sua miséria. Não são da responsabilidade de ninguém, mas abandonados a si mesmos. O abandono (pouco aparente porque encoberto por um circuito de atendimentos e encaminhamentos fragmentados e pon-

tuais) vai gerando um tipo novo de pacientes crônicos (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990).

Zefinha não fora ainda totalmente abandonada pelo serviço pela existência de alguns profissionais como a auxiliar de saúde, que, compadecendo-se da gravidade da desnutrição de Rafael, tomou iniciativa de articular com colegas seu apoio e insistiu na sua manutenção apesar das críticas que recebia. Passou a ser ironizada como a “mãe da Zefinha”. Perguntada sobre o que achava dos comentários de que Zefinha era uma acomodada e de que portanto não deveria ser ajudada, ela disse:

“Cada pessoa pensa de uma forma. Mas ela chega muito próxima de mim, traz os seus problemas e eu sou muito sensível a esta situação. Se eu tenho, eu dou.”

No Centro de Saúde Vila Leonina existe algum espaço para condutas motivadas por afetos, mesmo que contrariem a postura técnica hegemônica. Apesar de não ser seu objetivo explícito, o programa de combate à desnutrição vinha servindo também para não deixar pacientes como os da família de Zefinha totalmente abandonados.

### **3.2.1 Ampliando a intercomunicação entre os atores envolvidos nos problemas de saúde**

Percebendo que a polêmica sobre o caso Zefinha havia tocado em questões importantes, filmei quatro diferentes depoimentos de profissionais locais, organizando, então, reuniões com os funcionários da manhã e da tarde para discussão mais ampla com base no vídeo, em que foram gravados também a história detalhada da vida de Zefinha e depoimentos de outras mães durante as reuniões dos grupos de desnutridos. Ia buscando pôr em prática a proposta de educação popular em saúde que inspirou esta pesquisa: a ampliação dos canais e espaços de interação cultural e de negociação entre os diversos atores populares e profissionais envolvidos em problemas específicos de saúde com base em uma perspectiva de compromisso com os interesses das classes subalternas. Com isso, problemas específicos ganhavam dimensões ampliadas.

Apesar do apoio formal da coordenadora do Centro de Saúde aos debates, o início era sempre custoso pois eles não faziam parte da rotina de funcionamento do Centro de Saúde. Pareciam algo sem muita finalidade prática. Diante da falta de ânimo inicial, era difícil prever o calor das discussões que se seguiram. Manifestaram-se muitas posições divergentes. Se foi entre as profissionais sem curso superior que se estruturou o

apoio inicial de Zefinha, era também entre elas que se manifestavam as posições mais agressivas. Algumas auxiliares de enfermagem contaram suas histórias de vida, marcadas por intenso esforço e luta pessoal para emergir de situações anteriores de miséria e humilhação social. Para elas que trabalhavam até catorze horas por dia, a única saída para Zefinha era se convencer da importância do trabalho. Rodrigues (1989) estudou a cultura dos funcionários públicos e notou uma peculiaridade muito marcante dos funcionários subalternos do setor saúde e educação:

Talvez pelo contato com o público, pela proximidade em relação aos escalões mais altos e pelo tipo de serviço que a instituição presta, acreditam que, se todos os “pobres” se aproximassem, como eles fizeram, de agentes, idéias e instituições “elevadas”, fizessem por receber seus favores e pusessem em prática os conselhos e conceitos “científicos”, estariam salvos. Trata-se de agentes que ocupam cargos de representação, que exibem uma disposição para internalizar os valores dos estratos mais altos, em substituição aos padrões “selvagens” que adquiriram na sua primeira educação e que reencontram, frequentemente, no público que atendem (Rodrigues, 1989:87).

Nos debates, no entanto, as diferentes opiniões foram se aproximando. A situação de Zefinha refletiria as condições a que fora submetida durante a vida e representava a situação de muitas outras famílias da região. Mas como estratégia de sobrevivência, tinha aprendido a ter ganhos aparecendo como vítima, o que a impedia de assumir atitude de enfrentamento dos problemas que a cercavam. Diferentemente de muitos outros moradores da região que tinham atitudes quase heróicas diante da vida, Zefinha não assumia as possibilidades e potencialidades que tinha dentro do espaço de liberdade que todo ser humano tem. O serviço tinha de apoiá-la de forma que não reforçasse sua postura de vítima e sim ajudando-a a mudar interiormente. Seria um processo demorado. Mas como garantir a sobrevivência dos filhos enquanto essa mudança não ocorresse, sem aumentar o seu comodismo ainda mais? Uma atuação desse tipo exigiria um tipo de atendimento diferente do que o serviço vinha prestando, muito mais voltado para o atendimento da demanda espontânea. Como assumir tarefas como essa, se o serviço não estava dando conta de atender nem mesmo à demanda rotineira? Seria necessário, além de conseguir outros apoios da Secretaria Municipal de Saúde, ir construindo uma metodologia de trabalho adequada que ainda não estava clara. Nesse sentido é importante que as cobranças e os aconselhamentos sejam feitos sem agressividade, com carinho.



Com a complexidade institucional dos serviços de saúde, as idéias e propostas em discussão tendem a não romper os compartimentos dos turnos de trabalho, dos setores e categorias profissionais e dos grupos de amizade. Alguns meios de comunicação (murais, cartazes, boletins, panfletos, vídeos) são instrumentos para a palavra permanecer ativa e repercutindo além dos limites dos horários e das paredes entre os diferentes setores de trabalho. Nessa perspectiva, educação popular em saúde é também ampliar os meios de comunicação de um serviço e cuidar deles de forma que as reflexões e as propostas para os problemas da população possam ser discutidas e aperfeiçoadas com a participação dos diversos setores. Com esse propósito, fiz um resumo das diferentes falas ocorridas no debate e deixei cópias nos mais importantes pontos de encontro do Centro de Saúde. De fato as idéias repercutiram, mas houve também uma dimensão de ressentimento porque não havia sido solicitada a autorização para a divulgação das falas da reunião. Talvez, por trás do ressentimento e de sua justificativa formal existisse um problema mais estrutural da utilização dos meios de comunicação. Os discursos são proferidos de acordo com as circunstâncias presentes no momento. O texto escrito muitas vezes não consegue reproduzir fielmente tais circunstâncias e atinge públicos para os quais os discursos não estavam adequados. Além disso, o texto não consegue fidelidade absoluta aos conteúdos expressos. Todo texto é uma interpretação de seu autor sobre o fato e os discursos analisados. A produção de meios de comunicação tem, portanto, dinâmica própria que exige cuidados e habilidades. Como o ressentimento não fora expresso claramente, mas por meio de pequenos comentários e alertas dos profissionais mais próximos, procurei também deixar minhas desculpas de forma indireta em conversas informais nos diversos setores. Um certo nível de polêmica ajuda a ampliar a discussão de determinadas questões.

Apesar de não expressa abertamente, percebia desconfiança de muitos membros da equipe à minha atuação. O C. S. Vila Leonina já tinha sido palco de muitas intervenções de intelectuais do movimento sanitário trazidos pela Opas. Muitas idéias e projetos interessantes tinham sido propostos e haviam fracassado, contribuindo para a frustração que marcava a equipe. Algumas vezes, minha presença parecia representar mais um elemento externo a fazer novas propostas de trabalho para eles executarem sem recursos e sem apoio. Notava que, quando participava das atividades do Centro de Saúde como colega de trabalho, a resistência do grupo era menor, chegando a sentir nos membros da equipe satisfação com minha presença. Mas, quando me afastava para alguma viagem ou para me dedicar a alguma tarefas fora do Centro de Saúde, a resistência intensificava-se. Fechavam-se quando desconfiavam que eu era mais um “empurrador

de tarefas” para eles cumprirem. As resistências e fechamentos a uma ação educativa apontam para a existência de dimensões importantes da realidade que não estão sendo consideradas. São sinais do caráter contraditório da vida social, do seu movimento conflitivo de constante negação e superação das situações precedentes. Antes de desânimo, indicam a exigência de pesquisa e discussão. O aprendizado na educação popular não se orienta em roteiros de temas preestabelecidos, mas nas contradições sociais e nas situações-problema que estão à nossa volta e às nossas portas (Freire, 1995:12).

Continuando no intuito de envolver novos atores na discussão, levei o caso Zefinha para discussão na Comissão Local de Saúde, recém-criada. Fiquei surpreso com a reação de muitos membros a Zefinha. Para alguns ela era caso perdido, pois se acomodara na miséria. Chegaram a dizer que seus filhos deveriam ser tomados para serem criados em instituição pública. A Comissão Local é composta por moradores com melhor situação socioeconômica que tendiam a falar das famílias mais pobres com um certo distanciamento, como se quisessem deixar claro que não eram como elas. Famílias como a de Zefinha ajudavam a criar uma imagem que queriam evitar para a região. Sofrendo em si o preconceito contra a favela, gostariam de “limpá-la” dos elementos destoantes do imaginário de classe operária laboriosa. Mas a discussão continuou e sua situação foi sendo contextualizada como exemplo da degradação trazida pela miséria e exploração. Alguns membros contaram casos de famílias semelhantes que tinham melhorado com apoio solidário de vizinhos e igrejas, sugerindo caminhos para o acompanhamento de Zefinha.

Nos grupos populares encontramos coexistindo interpretações ambíguas e contraditórias criando aparência de incoerência. Essa ambigüidade explicita um processo de produção de conhecimento em andamento, um esforço para dar inteligibilidade à realidade vivida que é constituída não de elementos ou partes claramente distintas, mas de dimensões simultâneas e contraditórias. Por essa razão, as análises sobre o mundo popular tendem a tratá-lo ora como lugar de ignorância, ora como lugar de saber autêntico; ora como atraso, ora como fonte de emancipação. Talvez seja mais interessante considerá-lo como ambíguo, marcado pela ignorância e saber, pelo atraso e desejo de emancipação; capaz de conformismo ao resistir e de desejo de emancipação ao se conformar (Chauí, 1986:124 e 158).

### **3.2.2 Não restringir o debate aos atores locais**

Toda esta discussão tinha levantado questões que não seriam respondidas apenas com o debate local. Nas experiências de educação popular

nos anos 70 e 80 houve tendência de se acreditar que a dinâmica educativa restrita aos atores locais fosse suficiente. Talvez a crença se devesse ao fato de os educadores do período estarem vivendo momentos de fascínio e surpresa com a descoberta da criatividade do saber e das estratégias de luta e sobrevivência das classes populares. Procurando superar essa perspectiva limitada, entreguei uma cópia do vídeo com os depoimentos de Zefinha, das mães dos grupos de desnutridos e dos profissionais de saúde para três professores universitários estudiosos de questões levantadas nos problemas abordados. Posteriormente, filmei e editei suas entrevistas para serem discutidas no Centro de Saúde.

A primeira entrevistada, a socióloga Mercês Somarriba,<sup>2</sup> chamou atenção para o fato de que a situação de Zefinha é extremada pois nela convergem problemas psicossociais que, apesar de freqüentes nas periferias urbanas, no seu caso específico se mostram de forma concentrada (moradia precária, rendimento familiar baixíssimo, marido alcoólatra e violento, abandono pela mãe e pelo pai (o mais habitual é o abandono apenas pelo pai), estupro na infância, conflitos conjugais intensos, desmaios freqüentes, número excepcional de filhos). O fato de não ter morrido nenhum filho retrata a nova situação gerada pela ampliação das políticas sociais, com diminuição da mortalidade, mas mantendo a precariedade das condições de vida e saúde. Apesar de não serem tão freqüentes nas periferias urbanas, casos como o de Zefinha são relativamente comuns nos serviços de saúde, que se constituem em desaguadouro da miséria humana. Mas, assim como as escolas tendem a excluir as crianças vindas dessas famílias por repetência e fracasso escolar, os serviços de saúde, em menor proporção, também tendem a excluir essa clientela que não consegue adequar-se às suas exigências de horário, de entendimento e obediência aos cuidados receitados e de encaminhamento dos exames solicitados. São casos que evidenciam os limites dos serviços de saúde, colocando-os diante de um dilema. Podem continuar restringindo suas atividades a ações curativas e preventivas bem definidas tecnicamente, dizendo que não é problema do serviço se o paciente não adota as recomendações prescritas ou não utiliza corretamente os recursos terapêuticos entregues. Mas podem também assumir o desafio, buscando formas de atuação que superem o fosso entre as recomendações técnicas e o cotidiano da vida dos pacientes. O problema é não estar ainda bem docu-

---

<sup>2</sup> Professora-titular do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG e orientadora desta pesquisa, Mercês tem-se dedicado principalmente à sociologia da saúde e ao estudo dos movimentos sociais.

mentada a eficácia das tentativas nesse sentido que vêm sendo efetivadas em alguns serviços. As metodologias de abordagem dos problemas dessas famílias estão ainda em construção.

O segundo entrevistado, Eduardo Mourão Vasconcelos<sup>3</sup> afirmou que famílias como a de Zefinha, mesmo não sendo tão comuns no meio popular, são importantes epidemiologicamente porque nelas se concentram grande número dos problemas de saúde graves de determinada região. No Brasil, a abordagem dessas famílias tem sido feita sobretudo por entidades religiosas. Existiria uma crença de que tais ações comunitárias informais perderiam importância à proporção que se expandissem os serviços públicos de saúde. Mas a experiência em países desenvolvidos, como a Suécia e Inglaterra, mostra que, mesmo quando os direitos sociais estão assegurados, continuam existindo famílias que não conseguem tomar a iniciativa de utilização plena dos serviços a que têm direito. Em geral são famílias cujos pais sofrem de problemas mentais, são dependentes de droga, ligados a atividades ilícitas ou que estão passando por crises de desajuste emocional ou profissional. Nesses países, viu-se que o direito à cidadania dos membros ainda incapazes de iniciativas próprias (especialmente crianças e idosos) não pode ficar dependente de parentes próximos em crise. Foram criadas redes locais de serviço social que mapeiam essas famílias e intervêm nelas. Diante da suspeita de violência ou negligência com relação aos membros mais frágeis da família, inicia-se um programa de visitas em que se tenta incentivar e apoiar a utilização dos serviços locais, criar redes de solidariedade com a vizinhança e os parentes. São iniciados ainda acompanhamento psicológico e educativo da família. Ainda segundo o professor Eduardo, é preciso pensar o direito social na ótica da criança e não apenas na ótica do adulto. Assim, é preciso criar mecanismos institucionais que assegurem os direitos das crianças em situações semelhantes. A família de Zefinha é, portanto, exemplo de uma situação importante na dinâmica de saúde da população e que põe em evidência a limitação de serviços de saúde estruturados com base em ações técnicas pontuais. Temos no Brasil um conhecimento de metodologias de trabalho comunitário respeitado internacionalmente que, no entanto, não é valorizado pelas instituições oficiais por não estar revestido de sofisticação tecnológica e nem expresso na linguagem positivista do discurso científico tradicional. Assim, não há ainda experiência

---

<sup>3</sup> Professor de Departamento de Serviço Social da UFRJ, Eduardo é psicólogo, com mestrado e doutorado em ciências políticas.

de utilização, de forma ampliada, dessas metodologias, já que não foram adotadas com a força das grandes instituições.

O último entrevistado, Carlos Drawin,<sup>4</sup> chamou atenção para a importância de o profissional de saúde procurar focar os problemas com que depara no dia-a-dia numa perspectiva mais estrutural, buscando explicações de longo prazo. Quando se está sofrendo impacto de fatos carregados de afetos, agressões e cobranças, há tendência de se tomar posição com base em uma reação imediata em que se utilizam explicações de curto prazo. Assim, o caso de Zefinha fica sendo discutido apenas na ótica de quem é o culpado. Mas se ele for encarado como exemplo do processo de profunda mudança pela qual a humanidade está passando, há alívio da ansiedade do profissional. Julga-se Zefinha com base em um imaginário em que o trabalho e a luta para construir um futuro diferente são valores centrais. Mas esse imaginário é muito recente na história da humanidade. Até há poucos séculos, mesmo nos setores mais avançados da civilização ocidental, predominava uma postura em que a vida era encarada como ciclo repetitivo com o ritmo marcado pela natureza: tempo de plantar, tempo de colher; nascimento, juventude, velhice e morte. A mobilidade social era mínima, não havendo perspectiva nítida de progresso. As doenças e a morte eram encaradas como parte do ciclo natural da vida. Com a modernidade e o capitalismo, o trabalho tornou-se um valor central e o futuro deixou de ser visto como repetição para se tornar algo aberto, a ser construído. Mas esse imaginário não alcançou de imediato toda a humanidade. No Brasil, a forte presença da cultura indígena e negra, o passado de escravidão (que reforçou, tanto na elite como nas classes populares, a idéia do trabalho como algo vergonhoso) e o atraso do desenvolvimento capitalista fizeram com que esse imaginário se expandisse de forma mais ampla apenas muito recentemente. Hoje as classes populares brasileiras transformaram-se violentamente com o rápido processo de urbanização, avanço do capitalismo e expansão dos meios de comunicação de massa. Mas uma mudança cultural profunda não se faz de forma tão instantânea. Valores do antigo imaginário continuam parcialmente presentes: a vida, as doenças e a morte como momentos de um ciclo natural que se repete e diante do qual o homem tem pouco poder de intervir. São esses valores, também, que sustentam o jeito despreocupado e alegre dos brasileiros, admirado internacionalmente. O profissional de saúde quer ver rapidamente as conseqüências do seu trabalho e se irrita diante de dinâmicas com raízes muito mais profundas.

---

<sup>4</sup> Professor de filosofia do curso de psicologia de UFMG.

Sobre a questão de ser ética ou não a exposição pública de aspectos da vida privada de Zefinha num trabalho educativo, Carlos Drawin lembrou que a noção de privacidade varia muito nos diversos grupos culturais. A valorização da privacidade também é recente na história da humanidade. É preciso analisar a noção de privacidade pelas idéias aceitas no grupo social onde se atua.

Para Kelvin (1981), em regiões mais pobres em que a carência de condições materiais impede a criação de barreiras que delimitem espaços próprios de indivíduos e famílias, as normas de privacidade são menos severas. A definição de uma área como privativa significa dizer: não quero intervenção aqui. O educador precisa respeitar essa definição. Mas os limites são imprecisos e variáveis. Há conflitos entre os interesses sociais e individuais que se manifestam no discurso da privacidade, como é o caso da violência dos pais contra as crianças. Por outro lado, as diferenças de poder entre o profissional de saúde e os moradores fazem com que muitos desagradados diante de intervenções em problemas pessoais não sejam manifestados. Assim cabe ao educador criar instrumentos para a percepção de desagradados sutis para se orientar e mesmo pôr em discussão suas dúvidas no grupo em que atua.

Com o vídeo do depoimento dos três professores foram feitas novas reuniões com os funcionários. Apesar de ter esse trecho do vídeo cerca de uma hora, ele despertou interesse e discussões em que aspectos e opiniões variadas foram levantadas. A ausência da chefia da unidade nas reuniões ajudou a dar ao debate aparência de conversa informal, sem compromisso de amadurecer uma proposta. Fiquei tenso porque senti não ser possível chegar a um consenso e comecei a fazer observações demoradas, inibindo um pouco a manifestação de outras opiniões. Só depois percebi que, mesmo as reuniões não culminando em conclusões e propostas bem definidas, a equipe do programa de desnutrição ia, na prática, construindo uma nova forma de encaminhar as atividades. As mudanças institucionais não passam necessariamente por decisões acordadas explicitamente nas reuniões. Novas atitudes vão sendo gestadas em conversas informais ou em iniciativas não discutidas. O ato educativo repercute para além do momento e do espaço coordenado pelo educador.

### **3.2.3 Fé nas pessoas como pressuposto do diálogo**

O processo de discussão do caso Zefinha durou cerca de três meses, misturando-se com debates surgidos de seus primeiros desdobramentos e de outros vídeos. O primeiro desdobramento foi a visita a todas as famílias com crianças desnutridas de primeiro e de segundo grau inscritas no

programa, como forma de conhecer mais de perto a realidade da desnutrição que se mostrara tão complexa em Zefinha.

Quando cheguei à região, pouco conhecia da realidade dos moradores da favela e daquelas famílias com desnutridos. Mas tendia a não aceitar as explicações freqüentemente repetidas de seu comodismo, passividade e alienação. De que fundamentos partiu o esforço para revelar as outras dimensões do problema, buscando construir instrumentos, como o vídeo, para agilizar o diálogo entre os atores envolvidos?

Não há também, diálogo, se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais [...]. A fé nos homens é um dado a priori do diálogo. Por isto, existe antes mesmo de que ele se instale. O homem dialógico tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na e pela luta por sua libertação (Freire, 1979:95).

A dificuldade dos profissionais de saúde de compreenderem o que os membros das classes subalternas estão dizendo parece estar relacionada mais diretamente com a dificuldade de aceitarem que eles sejam capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre problemas complexos, do que com questões técnicas como, por exemplo, as barreiras lingüísticas. É preciso partir da crença da existência de um sentido em suas atitudes e acreditar que seus pensamentos são meios e instrumentos fundamentais para desvendar o lado oculto das relações sociais para, assim, completar com eles a produção do conhecimento crítico (Valla, 1997).

E Zefinha? O que aconteceu com sua família? Ela acompanhou parte dos debates gerados. Procurei ir passando para ela algumas considerações que ouvia. Ela sempre negava que fosse acomodada e que não quisesse trabalhar. Tinha dificuldade de expressar para mim os meandros de seus pensamentos e medos. Estava quase sempre em atitude de defesa quando abordávamos sua vida pessoal, o que refletia o seu aprendizado de que o relacionamento com os profissionais de saúde estava marcado pela assimetria. Percebia que, ali, o acesso a bens, serviços e consideração podia ser ameaçado por palavras suas que desgostassem alguns pro-



fissionais. No Centro de Saúde a fala popular é pronunciada sob uma situação de poder.

Ela começou a anunciar repetidamente que estava buscando emprego e que sua mãe ficaria tomando conta das crianças. Mas não o conseguiu. Passou a trabalhar com maior frequência na casa de vizinhos, executando pequenas tarefas em troca de ajudas. Um dia o filho chegou ao Centro de Saúde com o corpo cheio de escoriações em decorrência de surra que levava da mãe. Zefinha perdera a paciência com ele, que insistia em pedir dinheiro para comprar um pão. Reconheceu que precisava controlar mais seu nervosismo. Conseguiu vaga com a psicóloga para iniciar uma psicoterapia, mas não compareceu. Não soube explicar a razão.

Sete meses depois, no final da pesquisa, seu marido tinha melhorado do alcoolismo e estava trabalhando de forma estável. Apesar de ele nunca ter assistido ao vídeo, parece que se sentiu pressionado pelos comentários desencadeados. Seu filho Rafael saiu do quadro de desnutrição. Na verdade, seu estado nutricional já vinha melhorando progressivamente há um ano, mostrando que o apoio do Centro de Saúde à família de Zefinha, apesar de todas as limitações, fora eficaz sob a perspectiva da saúde de Rafael. Zefinha pediu, de volta, uma filha que estava sendo criada por sua prima. Estava revoltada porque a prima sempre a criticava. Disse: “preciso que me ajudem, mas não aceito que me humilhem”. Sem dúvida, esta era também uma recomendação metodológica para a equipe do Centro de Saúde. Continuava freqüentando com assiduidade o Centro de Saúde, trazendo os filhos com quadros repetidos de infecções leves e parasitoses intestinais. As condições ambientais onde cresciam continuavam precárias. Mas a prima, que vinha criando sua filha, reconheceu que Zefinha se tornara bem mais cuidadosa com os filhos nos últimos dois anos. Não há como correlacionar com segurança essas alterações com o processo de discussão ocorrido e com o apoio e cobranças dos funcionários, pois não conseguimos acompanhar de perto a dinâmica interior vivida por sua família. Nem mesmo nos aproximamos de seu marido. Há medo e dificuldade maior de aproximação da equipe de saúde com os homens da favela.

O vídeo artesanal mostrou ser instrumento ágil, sobretudo depois que passou a ser editado sem ajuda de especialista. A limitada qualidade técnica atingida não se mostrou grande empecilho quando utilizado para um público local curioso em se ver na televisão.

### **3.3 Visitando e desvendando a dinâmica da miséria e da desnutrição**

A discussão em torno da situação de Zefinha começou a mostrar a complexidade da desnutrição para a equipe do programa de combate à desnutrição do Centro de Saúde. Depoimentos mais pessoais de mães,



durante as reuniões, despertaram interesse de conhecer melhor suas realidades. Assim foi-se estruturando (no início informal e depois sistematicamente) um projeto de visitas a todas as famílias de crianças com quadro grave de desnutrição (graus II e III) com objetivo de conhecê-las melhor e então propor nova abordagem de apoio.

Existia na época, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, um projeto de visitas a crianças recém-nascidas consideradas de risco segundo critérios definidos por estudos epidemiológicos anteriores: ter nascido com menos de 2.500 gramas ou ter mãe adolescente ou analfabeta. Era o Projeto Vida. Nas maternidades ligadas ao Sistema Único de Saúde essas mães eram identificadas e o centro de saúde, responsável por sua região de moradia, notificado. O objetivo da visita era encaminhar a criança para consulta pediátrica e a mãe para consulta ginecológica. Com o carro do Distrito Sanitário, um médico e uma auxiliar de enfermagem visitavam semanalmente as crianças notificadas. As visitas eram bastante formais: preenchia-se amplo questionário e insistia-se para que a criança fosse levada para a consulta. Não se aproveitava a oportunidade da visita para conhecer a situação da família e orientá-la sobre problemas observados. Percebi que o médico se sentia inseguro em estar exposto àquela realidade, que considerava agressiva, sem a proteção do aparato institucional. Havia, no ar, estranheza da população pela presença da equipe no morro. Algumas vezes, ficava evidente a vontade de alguns moradores para dificultar a localização das residências procuradas. O médico, que dava o ritmo e tomava as iniciativas da visita, sentindo-se agredido pelas suspeitas, em vez de explicar os objetivos, procurar identificar-se e relaxar o ambiente com sorrisos e com a ajuda de outras pessoas que já o conheciam, restringia suas ações às exigências formais do programa. O comportamento formal é uma estratégia de autoproteção, uma vez que busca relembrar para o interlocutor o vínculo do profissional com sua instituição, na qual as relações de poder são outras. Para o médico, tradicionalmente tratado com reverência nos serviços de saúde, é difícil atuar descontraidamente em ambientes onde seu valor é, inicialmente, posto em dúvida. Além disto, o Projeto Vida era uma atividade determinada pelos órgãos centrais da Secretaria Municipal de Saúde sem muita adesão da equipe local.

As visitas da equipe do programa de combate à desnutrição começaram desvinculadas das visitas do Projeto Vida. Não foi fácil o movimento inicial de abertura dos profissionais da equipe para as visitas. Havia medo de serem atacados, de se exporem a situações para as quais não tinham sido preparados ou de serem submetidos a momentos desagradáveis. Buscar soluções teóricas para a pobreza é considerado socialmente nobre. Mas, emocionalmente, a aproximação concreta com o mundo da pobreza cau-

sa repulsa. O medo e a repulsa repercutem amplamente na sociedade regida hegemonicamente pelo valor do bem-estar individual. Assim, é muito mais fácil a estruturação de atividades educativas dentro do Centro de Saúde, como é o caso dos grupos operativos, do que as ações no âmbito do bairro. Porém, o fascínio e a curiosidade despertados pelas descobertas das primeiras visitas foram, aos poucos, motivando os profissionais. Sob a hegemonia da valorização do bem-estar individual existem, enrustidos, os valores da solidariedade e do trabalho criativo fazendo freqüentemente florescer novas iniciativas de apoio social no terreno árido da rotina burocratizada dos serviços de saúde.

O carro vai subindo o morro, passando em ruelas cheias de gente e despertando olhares desconfiados ou curiosos de pessoas que imaginamos estarem perguntando-se: o que este pessoal está fazendo aqui? O labirinto de becos e ruelas torna difícil o acesso de novatos à favela. Paramos aqui e ali para obter informações que nos localizem. Quase sempre encontramos um conhecido de algum funcionário, que sorridente e prestativo nos vem orientar, aliviando nossa tensão. Nos becos, a pé e sem proteção do carro, o medo retorna, mas é novamente afastado por outro conhecido que vem, prestativo, nos ajudar e nos apresentar aos grupos que não nos conhecem. Mas, para isso, é preciso expressar nossa insegurança e nosso pedido de ajuda. Nesse movimento, as portas vão se abrindo e uma realidade cheia de novidades e surpresas vai revelando-se. Para alguns profissionais, o medo e a repulsa foram sendo substituídos por tranqüilidade e até mesmo certo gosto em interagir com famílias da favela onde, além de miséria, existiam vibração e criatividade.

A valorização dos profissionais de saúde pela população e certa cumplidade deles na solução de problemas pessoais ali existentes, construída nos atendimentos do Centro de Saúde, criam possibilidade de acesso ao mundo popular que poucos outros profissionais encontram. Uma líder comunitária local negou-se a ajudar um grupo de norte-americanos, encaminhados pelo padre, que pretendia visitar famílias da região para conhecer a miséria da favela. Segundo ela: “ninguém gosta de mostrar suas fraquezas e ganhar um julgamento ruim. Tem família que se sente humilhada em ser visitada e analisada”.

Tínhamos acesso à realidade de algumas famílias, mas um acesso marcado, pelo menos inicialmente, por constrangimentos. Os profissionais controlam serviços e recursos importantes para a população, sendo vistos como potencialmente capazes de prejudicar ou facilitar o atendimento, precisando, portanto, serem tratados com cuidado.

Assim, com as visitas domiciliares, várias famílias, com suas histórias, foram sendo conhecidas.



Na primeira visita não encontramos a família de Marcela, desnutrida de terceiro grau, internada com pneumonia há semanas. Seus pais tinham saído. Alguns vizinhos nos vieram contar o drama dos vários filhos de Josias. A esposa aparecera com problemas mentais e a vida da família se desorganizara. Havia revolta entre os vizinhos pela forma como as crianças eram tratadas. Ficavam presas sozinhas em casa, sem alimentos. Viviam imundas. Se os vizinhos tentavam interferir, eram ameaçados.

Historicamente, tem cabido às mulheres nas várias sociedades maior responsabilidade com as tarefas domésticas e cuidados das crianças. Responsável pelo dia-a-dia do lar, é a dona-de-casa quem convive mais de perto com as precárias condições de vida da família popular, mesmo quando é forçada a trabalhar fora para complementar a renda familiar. É ela quem coordena as iniciativas para controlar o uso dos mínimos recursos existentes, tentando aproveitá-los ao máximo para manter um nível de saúde suficiente para a sobrevivência de todos.

É a mulher quem assume os cuidados do recém-nascido e das crianças menores (higiene, alimentação, apoio psicológico e proteção dos acidentes). É a principal responsável pela manutenção da limpeza da casa e do cuidado com o vestuário. Assume o tratamento caseiro das doenças mais simples, seja com uso de plantas medicinais, seja com medicamentos indicados anteriormente por profissionais de saúde e cujo uso foi aprendido. Nas doenças mais graves é a dona-de-casa quem leva as crianças ao médico, enfrenta filas e a burocracia dos serviços, carrega o doente nos ônibus ou no colo de um serviço para outro, aplica os medicamentos e cuidados prescritos, vigia o surgimento de sintomas e sinais de complicações clínicas, controla a vacinação e providencia outros cuidados preventivos. Enfrenta o descaso do Estado para com os doentes pobres, brigando para conseguir fichas, dando “jeitinhos” para ter acesso a serviços especiais, denunciando e reclamando quando é grosseiramente tratada, implorando consideração, etc. Também é a mulher da classe trabalhadora quem toma as maiores iniciativas para superar os conflitos entre os filhos, com o marido e com os vizinhos, tentando manter o equilíbrio psicológico. A educação, a formação de hábitos, o acompanhamento na escola e a orientação do lazer dos filhos são outras tarefas coordenadas pela mulher. Administra, ainda, a utilização dos alimentos e materiais de consumo disponíveis, faz trocas e empréstimos com a vizinhança e controla as dívidas nos armazéns para que a carência não chegue a graus extremos (Dias, 1991). Entende-se, nesse contexto, que o adoecimento mental da mãe desencadeia enorme desestruturação familiar, como aconteceu na família de Marcela.

Em contatos posteriores com Josias, soubemos da melhoria da situação de sua família. Ele e sua esposa entraram para a “igreja dos crentes” e tiveram firmeza para ir buscando soluções, em que foi importante a organização de uma rede de apoios com parentes e vizinhos. Impressionou-nos a repetição de histórias como essa em que as igrejas, em particular as pentecostais, tiveram papel importante na superação de crises. Para os técnicos que têm formação que enfatiza as dimensões racionais da existência, as práticas religiosas predominantes nas igrejas pentecostais, marcadas pela exacerbação de comportamentos emocionais e intuitivos, são vistas com extrema restrição. Mas, por meio da religião esses indivíduos situam-se diante do universo, encontrando sentidos e valores para se orientarem diante do caos de suas vidas. Participando de ritos e celebrações extremamente mobilizadores de suas energias interiores, esses sentidos e valores assumidos são repetidamente atualizados e ganham centralidade em relação à variedade confusa de pressões, ressentimentos e emoções em que estão mergulhados. Encontram na comunidade religiosa novo espaço de convivência social, muitas vezes com mais solidariedade. Diante da miséria de cada dia e a falta de perspectiva de melhora, a vivência religiosa transforma o sentimento de impotência em sentimento de superioridade espiritual que lhes resgata a auto-estima, fazendo-os vislumbrar a possibilidade de serem vencedores neste mundo hostil (Valla, 1995). Se, em muitos momentos, a religiosidade se manifesta como prática que reforça e apóia a realidade já estabelecida pelo fatalismo e pelo conformismo, em outros ela protesta e nega essa realidade por meio do desejo e empenho de mudança (Chauí, 1986:84).

Foi ficando clara a heterogeneidade da situação entre as várias famílias com desnutridos. Nem todas viviam situações de crise. Várias crianças estavam desnutridas em virtude da ocorrência de doenças anteriores importantes (especialmente pneumonia) que já tinham sido curadas. Viviam em famílias em que conviviam tios, avós e outros parentes, dividindo entre si tarefas e responsabilidades com as crianças e idosos. Tinham, no meio da precariedade dos barracos, uma hierarquia entre seus membros que possibilitava ordenação das iniciativas.

Em decorrência da precariedade de recursos e da falta de assistência estatal, a família nas classes populares tem funções de previdência social. Acolhe avós, netos, sobrinhos, primos e outros parentes inválidos ou em processo de mudança do interior. Esses membros agregados são peças fundamentais na dinâmica da casa. Colaboram com a unidade familiar, seja mediante um benefício previdenciário recebido, ou com parte da renda de seu trabalho, ou assumindo tarefas. A presença desses agregados é que permite a muitas mães lançarem-se no mercado de trabalho.

Há uma relação de mútua obrigação entre eles, em que as responsabilidades morais de amparo são retribuídas com serviços e outros bens (Fausto Neto, 1982:52). Além disso, muitas famílias jovens do tipo nuclear, ou seja, compostas apenas dos pais e os filhos, procuram morar próximas a parentes, criando uma rede de apoio mútuo. Há, portanto, uma solidariedade no nível do grupo doméstico ou até mesmo da família extensa que talvez seja desconhecida para outras classes sociais.

Diferentemente dos grupos sociais, de onde se originam os técnicos de saúde de nível médio e superior, em que a ampliação da sociabilidade passa sobretudo pelas relações profissionais e de lazer, as classes populares dependem fundamentalmente da rede formada por laços de vizinhança e parentesco. A troca freqüente de empregos empurra as pessoas de uma empresa para outra e dificulta a criação de laços mais permanentes entre os companheiros de trabalho. A mesma instabilidade ocorre em suas relações com outras instituições de serviços urbanos, como a escola e os equipamentos de lazer. Dessa forma, é o lugar de moradia que congrega as pessoas, permitindo o estabelecimento de relações mais duradouras e personalizadas. As características das relações sociais da região em que moram são centrais na sua identidade. Ali, o fato de alguém estar desempregado não significa que deixe de ser filho de fulano, irmão de sicrano e amigo de beltrano. Essa malha de relações proporciona o mínimo de apoio emocional e de recursos materiais que possibilita a sobrevivência do grupo. É nesse espaço de relações que se desenvolve a vida associativa, desfruta-se o lazer, trocam-se informações e pratica-se a religiosidade (Magnani, 1984:139).

Mesmo com essa rede de apoios mútuos, o equilíbrio entre os gastos e recursos disponíveis é muito frágil. A doença, além do seu ônus sobre o organismo, resulta num descontrole no orçamento doméstico e na distribuição dos cuidados dos adultos para com os outros membros. Ela comumente significa endividamento, fome, necessidade de “biscates” extras, prolongando-se, assim, sua repercussão.

Nas visitas, a equipe foi obtendo evidências da existência de outras lógicas para a escolha dos alimentos utilizados, denunciando a grande distância entre os conselhos nutricionais apreçados nas reuniões dos grupos de desnutridos e a realidade local. As famílias visitadas tinham alimentação monótona, baseada sobretudo em arroz e feijão. São alimentos fáceis de ser estocados de acordo com o ritmo de recebimento dos salários. Além disso, são relativamente de baixo custo e estão disponíveis o ano todo. Permitem alcançar a sensação de “barriga cheia”, que é muito valorizada. Sabem muito bem da importância das verduras, frutas, legumes, ovos, leite e seus derivados e diferentes tipos de carne, mas a comi-

da variada é mais uma marca do almoço especial do domingo, dos dias de festas ou de pequenas comemorações. No cotidiano, esses outros alimentos são consumidos irregularmente de acordo com as folgas ocasionais do orçamento ou com o recebimento de doações (Zaluar, 1985:106).

Visitamos famílias que tinham desaparecido do Centro de Saúde apesar de estarem com filhos em situação de saúde precária. Atuando apenas dentro do Centro de Saúde é difícil se ter uma visão crítica do próprio atendimento, pois os insatisfeitos muitas vezes não retornam. Uma mãe disse: “Eu estava apertada e arrumei um trabalho durante dois meses. Fiquei com medo de vocês chamarem minha atenção por causa das minhas faltas. Tem pessoas no posto que são exigentes”. A lógica de organização das atividades institucionais muitas vezes não aceita o ritmo e as freqüentes mudanças na vida da clientela popular. Em razão da instabilidade da organização da vida dessa clientela, os programas de saúde a ela destinados precisam ser flexíveis.

Júlio, com três anos, estava gravemente desnutrido, mas por causa de tumor intracraniano que resultara em enorme hidrocefalia. Estava já em fase terminal, bastante apático. Sua mãe, Maria, afastara-se do Centro de Saúde pois vários profissionais tinham entrado em atrito com ela por sua recusa de permitir a operação do filho. Era crente e não queria vê-lo submetido a transfusões de sangue, quando o próprio neurologista afirmara que as possibilidades de sobrevivência não eram grandes. Ficamos tocados pelo carinho com que cuidava do filho. Além do mais, sua casa estava extremamente arrumada, com os outros filhos corados e alegres. Contou como seus irmãos de igreja a vinham apoiando, com visitas freqüentes, durante as quais sempre rezavam. Vendo o estado de Júlio e o tamanho do tumor na tomografia, vimos que não tinha o menor sentido insistir de que fosse operado. Em vez de uma família teimosa e estúpida como alguns julgavam no Centro de Saúde, ela estava mostrando, pelo contrário, muita força interior para viver o momento com equilíbrio e acolhimento carinhoso. Explicitando essa percepção para dona Maria, ela se descontraíu, pois vinha sendo criticada também por vizinhos como omissa. Com nossa visita reconciliamos sua família com o serviço de saúde, pois nos foi possível compreender mais amplamente sua situação. Num momento tão difícil, incompreensões e julgamentos firmes assumidos sem o conhecimento da situação fecham a porta do serviço para quem mais precisa dele. O Centro de Saúde não tinha recursos para a cura de Júlio, mas podia prestar pequenos apoios significativos no alívio de seu sofrimento. A prática de saúde acontece em momentos críticos da vida da clientela, em que as emoções estão exaltadas e por isso não se pode exigir explicações precisas.

### 3.3.1 Perplexidades e reações dos profissionais diante da miséria

Visitando as 49 crianças em situação de desnutrição grave mapeadas pelo Centro de Saúde, fomos percebendo que a desnutrição é também um marcador de famílias vivendo situações especiais de muita carência. Se, em algumas delas, a desnutrição se devia a fatores transitórios em processo de superação, na maioria das vezes era a manifestação de crises familiares profundas que inviabilizavam o cuidado global das crianças. Assim, o combate da desnutrição dependia de ações muito mais amplas do que os conselhos de normas higiênicas e alimentares e a entrega mensal de alguns pacotes de alimento. Na equipe, começam então a surgir grande dúvida e angústia: diante de problemas tão complexos e variados, nós, profissionais de saúde, temos alguma coisa que fazer?

Além da sensação de incapacidade diante da complexidade dos problemas percebidos, os profissionais, muitas vezes, eram tomados por momentos de depressão. A miséria mostra-se de formas muito variadas. Quando se começava a acostumar com alguma situação, uma nova face da miséria se mostrava. O motorista do carro certa vez comentou: “Quando vocês saem para as visitas vão alegres e falantes. Quando voltam, estão calados e olhando para o chão”. A favela está sempre surpreendendo. De repente estávamos em becos de aspecto tão estranho que nem pareciam fazer parte da favela que já conhecíamos. Cada família causava-nos impacto por motivos diferentes. Ora era o conflito entre seus membros, ora o alcoolismo ou a falta radical de recursos, a sujeira, o excesso de crianças espremidas em um cômodo, os olhares agressivos, a criança desamparada, o caos doméstico pela doença da mãe, a violência, a falta de perspectiva, a dor...

A dor que pulsa na miséria expressa-se, às vezes, por detalhes ou circunstâncias até pitorescos. Estávamos procurando o endereço de uma família e descobrimos um grupo de crianças que a conhecia. Elas se prontificaram a nos levar lá. Ficaram excitadas em entrar no carro. No caminho, uma das crianças, pensativa, nos disse: “Nós nunca tínhamos andado de carro antes... Só no carro da polícia”.

As visitas, no entanto, não despertavam apenas tristeza e compaixão na equipe; despertavam também raiva e indignação com aspectos que pareciam incoerências, desperdício e alienação nessas famílias. Os sentimentos da equipe oscilavam também na dependência dos entraves institucionais a que os técnicos eram submetidos. Certa vez, um profissional explicou por que não queria ir às visitas programadas: “esse pessoal [os moradores] não merece o meu esforço. São tantas as decepções...”

Muitas constatações chocavam a equipe: a presença freqüente de televisões e aparelhos rústicos de som em casas onde se dormia em camas com colchões imundos e rasgados e onde não se tinha nem mesmo banheiro; a presença de jovens aparentemente ociosos e com atitudes de pouca preocupação e empenho com o progresso profissional e cultural; a ausência de revolta evidente apesar da situação de precariedade existente, ao lado da falta de interesse em participar de atividades associativas e mobilizações políticas; um certo conformismo e, às vezes, até alegria apesar da miséria; a resistência em pôr em prática as orientações dos profissionais, aparentemente tão lógicas; os freqüentes e intensos conflitos dentro das famílias ou entre vizinhos e os repetidos atos de violência narrados, quando seriam tão necessários a união e o apoio mútuo; a incoerência e a contradição percebidas em muitas de suas falas.

Um exemplo marcante da reação de raiva e indignação dos funcionários com as famílias aconteceu com a assistente social que começara a fazer uma pesquisa, por meio de entrevistas, com mães das crianças mais gravemente desnutridas do programa. Entrevistando Carmem Lúcia, de 21 anos e cinco filhos, a maioria desnutridos, ficou revoltada com sua apatia e irresponsabilidade. Apesar de viver situação de vida precaríssima, não se dispunha a tomar nenhuma das três iniciativas de enfrentamento propostas pela assistente social: esterilizar-se, buscar conseguir pensão na previdência social para dois irmãos deficientes físicos com quem morava (não acreditava ser viável) e entrar com ação judicial contra os diferentes pais de seus filhos. A partir da revolta da assistente social, discutiu-se muito se o programa de apoio aos desnutridos não acabaria reforçando a acomodação das mães e incentivando-as a ter mais filhos. Para essa assistente social, a raiz da desnutrição da maioria das crianças estava em problemas de ordem psicológica que não eram abordados pelo programa. Essas discussões polarizavam a equipe e dividiam as opiniões de outros profissionais que se aproximavam.

Dez dias depois da entrevista de Carmem Lúcia, fomos visitá-la em casa. Era uma casa de tijolo, não rebocada, com três cômodos separados por divisórias de papelão. Mora com irmãos (por parte de pai) e a mãe que, falante, logo se fez o centro da conversa, contando sua história. Ela morava no interior e era a filha mais velha. Tendo sua mãe morrido, assumiu o cuidado dos irmãos. Seu pai a casou quando tinha treze anos com um amigo e vizinho, bem mais velho, para que ela não fugisse de casa e, assim, continuasse a cuidar dos irmãos. Não tinha noção de vida sexual, chegando a se revoltar com o marido quando este, um dia, lhe pediu um beijo. Mas após os dezesseis anos passou a ter filhos quase anualmente. Quando já tinha dez filhos, seu marido a largou para ir morar com sua



madrasta (seu pai antes de morrer, casara-se novamente), levando todos os filhos. Estava gestante na época e, desesperada, ficou a vagar pela cidade com fome, envergonhada de pedir esmola. Mas uma senhora, percebendo a situação, aproximou-se dela e a chamou para sua casa. Quando a filha nasceu, alugou um barraco e passou a trabalhar fazendo serviços domésticos. Deixava a filha Carmem Lúcia, recém-nascida, trancada no barraco para ir trabalhar. Quando voltava, ela estava sempre suja de fezes e desesperada. Procurando melhor salário, veio para Belo Horizonte com Carmem Lúcia. Passou por várias favelas, sempre lavando roupa, deixando a filha sozinha em casa para ir trabalhar. Assim Carmem Lúcia foi criada “largada”. Quando ela se tornou adolescente, começou a ter companheiros, tendo morado com vários homens, a maioria alcoólatra e sem emprego fixo. De companheiro em companheiro foram nascendo seus cinco filhos. Na época da visita, estava grávida novamente. Com a morte, no interior de Minas, do pai de Carmem Lúcia, cinco dos seus irmãos (por parte de pai com a outra esposa) vieram morar com a mãe de Carmem, sendo um paralítico e outro com doença mental. Os filhos de Carmem estão com muita verminose e com anemia, mas ela só os leva ao Centro de Saúde em casos de crise. Para ela, é difícil chegar cedo para conseguir as fichas para consulta médica e os médicos sempre pedem exames que exigem repetidas idas a laboratórios distantes.



Diante da evidente complexidade da história de Carmem Lúcia, a equipe calou-se. Em muitas situações, não se encontram palavras capazes de expressar a profusão de sentimentos, percepções e pensamentos desencadeados. Mas no silêncio, compartilhamos nossa estupefação. Qualquer julgamento seria precipitação.



Há um movimento da ciência de buscar enquadrar situações particulares em padrões explicativos mais gerais desenvolvidos em estudos anteriores. Dessa forma, se busca trazer, para o enfrentamento de uma situação particular, a experiência já adquirida. Assim, analisar e classificar as atitudes de uma família ou de um paciente tem sentido como estratégia de orientação dos caminhos do cuidado e do tratamento a ser dispensado. Mas ao que se assistia, muitas vezes, era à tendência de analisar e classificar essas atitudes da clientela como forma de avaliar o merecimento ou não dos cuidados disponíveis no serviço. Era uma análise que, apesar de se revestir de conceitos sociológicos e psicológicos, centrava-se num julgamento moral do morador, buscando enquadrá-lo como acomodado ou esforçado, estúpido ou ativo, desonesto ou bem-intencionado. Esse julgamento moral é inerente às relações humanas mas, na relação entre os profissionais de saúde e a clientela popular, tendia a ser apressado, sem movimento prévio de busca de entendimento dos comportamentos não

compreendidos inicialmente. Pelo contrário, o julgamento moral imediato bloqueava a iniciativa de esclarecimento, e sua enunciação como se fosse uma análise científica conferia-lhe uma rigidez que lhe dificultava o questionamento.

Os profissionais de saúde, impressionados com a miséria, tendem a esperar que os moradores das periferias urbanas estejam sempre mobilizados, em constante busca racional de melhores condições de sobrevivência. Mas, como diz a música do conjunto Titãs: “A gente não quer só comida. A gente quer prazer para aliviar a dor”. Assim, a televisão, o jogo, a descontração, o ócio não significam apenas formas de escapar da realidade, mas podem estar indicando uma concepção de vida mais ampla do que a que o técnico lhes quer impor. Indicam que a vida vale a pena, mesmo sem perspectiva de saída para o sofrimento e a pobreza que se tem de aturar diariamente. Mas os técnicos tendem a julgar as atitudes dos pobres urbanos como se suas vidas devessem ser regidas apenas pela busca de superação de suas carências que tanto impressionam. Olham os pobres e vêem essencialmente **CARÊNCIA**. Suas atitudes seriam, no entanto, mais bem compreendidas se analisadas também pela ótica da busca de **INTENSIDADE** no viver.

Outras vezes, o que para o profissional é comodismo, falta de iniciativa e apatia, para a população é uma avaliação rigorosa dos limites da sua melhoria. A clareza de uma análise social pode ser a percepção de que a melhoria ou solução proposta pelo técnico é, antes de tudo, um desejo de alguém angustiado com a situação de pobreza ou de seu interesse em mostrar competência na instituição de origem. A população convive muito proximamente com a força dos mecanismos de coerção e exclusão sociais. A lucidez pode ser o descrédito com determinada proposta de mudança, a não ser que se crie ou se configure situação de mudança no jogo de forças políticas (Valla, 1997).

Há tendência de se perceber a luta popular por mudanças sociais apenas quando ela se manifesta por formas tradicionais de mobilização política: reuniões, formação de entidades organizadas, manifestações públicas, enfrentamento coletivo, participação em partidos políticos. Mas a resistência e luta política vão além dessas formas. A resistência pode ser difusa: a irreverência do humor e da ironia, o silêncio, a não-participação nas reuniões, o olhar de desaprovação, a criação de práticas alternativas ou o discurso de aparente aceitação, mas entremeado de sutis ressalvas que o desdizem.

A valorização dessas formas difusas de resistência ganhou importância a partir dos estudos de Foucault (1985) que criticou as análises da esquerda sobre o poder, pois se centram basicamente nos grandes aparelhos



estatais e na burguesia. O poder seria algo mais difuso. O poder funciona e se exerce em rede. Nunca está localizado aqui ou ali, nem está só nas mãos de alguns. Não é a dominação global que se divide e repercute, de cima para baixo, no tecido social. A dominação geral pode funcionar porque se sustenta em micropoderes, com relativa autonomia, que acontecem a partir de múltiplos atores sociais. Os indivíduos não são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre pontos de transmissão, reorientação ou reforço do poder. Para se entender o poder é preciso buscar perceber as táticas e técnicas de dominação no detalhe da vida social e procurar compreender como os diversificados mecanismos de poder são utilizados, transformados e ampliados pelas formas mais gerais de dominação. É necessário também esclarecer como os interesses mais gerais se inscrevem, acontecem e são reorientados no cotidiano. O poder, para se exercer, precisa produzir, organizar e pôr em circulação saberes que o tornem legítimo. A partir dessa contribuição de Foucault, as práticas cotidianas de conformismo e resistência que acontecem no cotidiano da vida passam a ser centrais, respectivamente, na sustentação e na superação da dominação que marca a sociedade. Assim, a luta pela transformação das dimensões políticas do processo de adoecimento na sociedade descentraliza-se das instâncias partidárias, do aparelho estatal de direção política e do comando das grandes empresas para se estender também às cumplicidades, aos apoios e às resistências que envolvem todo o tecido social. Os trabalhadores e cientistas sociais que até a década de 80 estiveram preocupados essencialmente, em suas discussões, com as questões da Revolução e Contra-Revolução, passam a se debruçar sobre os temas dos micropoderes (Neder, 1994:35).

Somente prestando atenção nas dimensões subjetivas e culturais, pode-se compreender muitas das razões da resignação dos pobres diante de situações revoltantes para os técnicos. Não é a simples falta de determinado recurso material que leva à revolta ou ao empenho na mudança. O que é considerado necessidade para uma vida digna, em cada região, depende do padrão de vida tradicional (as condições em que as pessoas desse grupo social vêm sendo historicamente criadas). O conjunto de carências aceitas como legítimas e, portanto, considerado como obrigação do Estado e do sistema produtivo varia, continuamente, em função das lutas sociais, da capacidade de persuasão dos atores em disputa e dos recursos das instituições políticas e econômicas existentes. É necessário que haja atividade de elaboração mental dos indivíduos para refletir a vivência da miséria e da pobreza material, sem o que não existirá nenhuma percepção de carência.

Desse ponto de vista, a elevação da taxa de mortalidade infantil oca-

tionada pela contaminação do lençol freático das periferias e pela presença de esgotos a céu aberto não determinaria, por si, a elaboração da percepção de carência de equipamentos de saúde e saneamento, ainda que essa taxa pudesse chocar enormemente os profissionais de saúde locais. Somente é possível sentir carência de algo que já pertença a cultura local. E entre as várias possibilidades de privilegiamento e hierarquização das várias carências existentes entram em jogo necessariamente uma escolha individual ou do grupo social com base em seus valores e circunstâncias locais envolvidas. É por isso que a população costuma rejeitar os chamados alimentos alternativos defendidos por técnicos, empenhados no combate da fome mediante a substituição de seus alimentos tradicionais por alimentos mais baratos e com maior quantidade de nutrientes. Os trabalhadores não sentem carências de  $x$  calorias,  $y$  gramas de proteínas ou  $z$  unidades de vitamina por dia. As pessoas têm carência de determinados alimentos, que devem ser consumidos de determinada forma, de acordo com a tradição peculiar de cada sociedade ou de cada grupo social nas sociedades complexas. As carências que motivam o esforço dos indivíduos e grupos passam necessariamente pela subjetividade e pela cultura (Nunes, 1989). São, portanto, também construídas e redefinidas nas práticas educativas. Mas, em práticas educativas que não partam do pressuposto da existência de uma associação linear entre a vontade da população e as carências materiais definidas pela ciência.

### 3.3.2 As diferentes formas e intensidades da pobreza na favela

Com a metodologia de buscar ampliar a intercomunicação entre os diversos atores envolvidos num problema de saúde, procurava ir levando para a Comissão Local de Saúde as perplexidades e reflexões da equipe do programa de combate à desnutrição desencadeadas pelas visitas domiciliares. Numa reunião fomos surpreendidos pela reação de uma das mais ativas representantes da população:

“Sou contra ficar paparicando este pessoal. Não tenho paciência para isto. Nós já conhecemos muito bem quem são estas pessoas. Nada que for feito vai adiantar. Os problemas da comunidade são outros.”

A princípio a declaração chocou aos técnicos envolvidos no programa, mas não causou reação evidente nos outros representantes populares. Quase todas as famílias visitadas com situação mais precária eram bem conhecidas pelos membros populares da Comissão. Foi ficando claro que elas não representavam a maioria das famílias da região e que ajudavam



a reforçar o preconceito contra a favela. Essa reação era como se quisesse deixar claro que a realidade dessas famílias visitadas era algo circunscrito no contexto geral da região. Mas, apesar de uma presença circunscrita, ela trazia implicações para todos. Entre outras coisas, colaborava no rebaixamento da auto-estima dos moradores da região.

Como vivia então a maioria dos outros moradores? Procurei visitar casas dos membros da Comissão Local de Saúde e de moradores mais antigos e com melhores condições de vida. Eram famílias marcadas pela “viração”: muitos membros no mercado de trabalho, grande número de horas extras trabalhadas e a presença de diversificadas iniciativas para aumentar a renda. As diferenças de renda são mais explicadas pelo aumento do número de membros da família trabalhando do que pela diferença entre os salários dos chefes de família (Zaluar, 1985:96). Em geral, as famílias com melhor situação econômica eram aquelas em que os filhos já tinham passado da fase de maior necessidade de cuidados e, assim, tinham liberado as mães para atividades de melhor renda, ou em que o trabalho dos filhos já era significativo. Diferentes estratégias de busca de rendimentos articulavam-se num mesmo morador: emprego, “biscates”, comércio, prestação de pequenos serviços locais, produção artesanal, etc.

No meio da favela encontrei casas com o mobiliário muito bem montado, com todos os eletrodomésticos básicos e uma ordem e limpeza capazes de orgulhar qualquer dona-de-casa de classe média. Mas eram pequenas casas espremidas no meio de outros barracos e sofrendo a mesma precariedade de acesso e saneamento. Eram famílias que se diferenciavam mas, ao mesmo tempo, estavam extremamente integradas no conjunto da favela. Essas famílias, pontos extremos na heterogeneidade social local, ao mesmo tempo que se diferenciavam enormemente das famílias das crianças desnutridas, pareciam fazer parte da mesma dinâmica social. Como percebeu Zaluar (1985:122), a crise parece ser uma fase do ciclo de vida de grande parte das famílias das periferias, correspondendo ao período em que a existência de grande número de filhos pequenos ou a presença de doenças importantes, desemprego, ou a emergência de grandes conflitos conjugais levam a exigência maior de esforço, fazendo com que o provedor viva um dilema entre o alcoolismo e o jogo, de um lado, e a continuidade do empenho estafante do outro. As mulheres têm papel central na luta por manter seus companheiros como provedores principais, sem o que a crise familiar se aprofunda e se prolonga. Nessa fase crítica de vida familiar, recorre-se com frequência às práticas religiosas.

Os profissionais de saúde tendem a se aproximar da realidade local por meio da crise e da doença. O sanitarista aproxima-se pelas dimensões disfuncionais: o lixo, a falta de esgoto, a violência contra a mulher, etc.



Difícilmente aproximam-se das festas, da arte, das celebrações ou outras dimensões positivas da vida local, a não ser quando organizam um evento para apoiar a resolução de algum problema no serviço de saúde. Assim, sua visão sobre a realidade da região tende a ser parcial, com ênfase nos aspectos negativos. Os contatos e alianças que constroem, muitas vezes não incluem muitos grupos mais alegres e organizados. Fica difícil organizar ações comunitárias e educativas, com a presença importante da iniciativa popular, se o relacionamento da equipe se restringe a grupos, famílias e pessoas vivendo momentos de crise intensa. Visitando famílias com melhor situação econômica e mais antigas na região, foi possível vislumbrar outra dimensão da vida social: mulheres bem cuidadas, salões de beleza, grupo de capoeira, paquera, trabalhadores orgulhosos, botecos animados, rapazes garbosos e cheios de bossa, times de futebol, moradores antigos cercados de respeito, festas. Mas a maior demanda de trabalho para as situações-problema que ocupam o cotidiano do serviço não permitiram a expansão das relações com essa outra realidade vislumbrada. Além disso, o profissional de saúde é valorizado e demandado nessas situações-problema. No circuito das festas, das reuniões familiares descontraídas e das atividades artísticas, o profissional perde grande parte do tratamento diferenciado com que normalmente é acolhido. Apesar de, geralmente, ser recebido com simpatia, sua valorização dependerá de suas qualidades pessoais diante de relações mais igualitárias. Isso pode ser muito desconfortável para profissionais acostumados a se relacionar com as classes populares em situação de diferenciação, hierarquia ou filantropia. Além do mais, são profissionais já desgastados com grandes jornadas de trabalho e que, numa sociedade fragmentada e centrada na individualidade, buscam, em seus tempos livres, espaços próprios e diferenciados de lazer e relação social. O comportamento do militante dos anos 70 e início dos anos 80 de buscar integrar até mesmo sua vida pessoal nas classes populares é, hoje, algo muito distante até mesmo para os atuais profissionais mais empenhados. Diante desses limites do relacionamento entre os profissionais de saúde e a população, como criar mecanismos de integração dos serviços de saúde com as dimensões não problemáticas da vida social local?

Apesar da informalidade da pesquisa adotada pela equipe do programa de combate à desnutrição, visitando as famílias de crianças em situação de desnutrição grave, ela foi mostrando-se extremamente elucidadora da realidade da desnutrição local. O modelo de pesquisa da epidemiologia clássica torna a iniciativa de investigação em algo muito distante para o profissional que atua em centros de saúde, uma vez que exige grandes amostras e manejo estatístico sofisticado. A reorientação das práticas de

saúde nos serviços básicos não pode aguardar por pesquisas de grande porte que, além disso, muitas vezes ainda desconsideram as circunstâncias e os saberes dos atores locais.

Diante da aproximação com a complexidade do problema da desnutrição, uma questão foi tornando-se importante: como uma equipe de técnicos de um serviço de atenção primária à saúde pode intervir nessas famílias?

### **3.4 Delineando a estratégia de apoio a partir do acompanhamento de uma família**

O depoimento emocionado de Diva durante a segunda reunião em que se discutiu o vídeo de Zefinha chamou a atenção dos profissionais presentes. Discutia-se sobre as dificuldades e a importância do trabalho da mulher, quando ela contou como seu filho se desnutrira a partir do momento em que tinha passado a trabalhar fora. Seu filho, Luís Henrique, era a criança em situação mais grave acompanhada pelo programa. Desnutrido de terceiro grau, ele já se achava em estado de intensa apatia, pouco reagindo a estímulos. Três dias depois, fomos visitá-lo. A visita e o acompanhamento a sua família significaram uma referência pioneira para a equipe do programa de combate à desnutrição.

Luís Henrique nascera bem grande, com quatro quilos. Com quinze dias de nascido, sua mãe foi trabalhar numa empresa de prestação de serviço em condomínios. Estando com o marido desempregado, Diva não pôde recusar a proposta de emprego estável. Luís Henrique ficou sendo cuidado por uma vizinha e se desenvolveu bem até os três meses de idade. Por causa de conflitos, a vizinha parou de acompanhá-lo e seu pai, Alberto, desempregado e alcoólatra, assumiu a responsabilidade pelos cuidados do filho. Os baixos rendimentos da família levaram também à suspensão da compra diária de leite, passando sua alimentação a se basear em alimentos dos adultos. A partir dessa época, a situação de Luís Henrique foi piorando rapidamente.

Irmã de Luís Henrique, Rosângela, de quatro anos, também era desnutrida (segundo grau). Por estar sempre alegre e brincando, seu pai a considerava sadia. Mas o abdome extremamente abaulado, a palidez, o hábito de comer terra e o relato de estar sempre eliminando vermes pelas fezes o desmentiam. Não era levada ao Centro de Saúde para tratar de sua verminose e anemia sob alegação de dificuldade de conseguir fichas para consulta médica. Na casa de Diva moravam ainda duas filhas do seu primeiro casamento e uma amiga.

A casa de Diva e Alberto localizava-se na denominada “favelinha do seu



Antônio”, uma área particular com mais de cinquenta barracos alugados, pertencente a uma senhora nunca vista na região. Seu Antônio era o administrador dos aluguéis. Era considerada a área com a pior situação de moradia da região. Os barracos tinham entre um e dois cômodos com cerca de seis metros quadrados cada. A casa de Alberto era servida por uma fossa com paredes em ruína que atendia ainda vinte outras casas. Na verdade, a fossa servia apenas como depósito de fezes eliminadas em jornais, sacos plásticos e vasilhas, pois não oferecia espaço entre a sujeira para abrigar alguém evacuando. A água era apanhada distante, pois seu Antônio cortara a água que abastecia algumas torneiras existentes no terreno.

Alberto, com sinais evidentes de alcoolismo, nos impressionou por sua sensibilidade. Falou da dificuldade de ser feliz em um lugar onde não se pode cuidar do próprio corpo com privacidade. Não existindo banheiros, as mulheres precisam esperar chegar a noite para se banharem. Os homens podem banhar-se durante o dia, de calção, mas sob olhar dos moradores dos barracos vizinhos. Nessas condições, se perde o gosto pelo cuidado do corpo.

A miséria presenciada, o definhamento dos moradores e sua falta de esperança nos trouxeram um sentimento de impotência. Percebíamos ainda que não nos era permitido tomar conhecimento de muitos aspectos significativos da vida dessa família. Muitas explicações eram visivelmente confusas e inconsistentes, deixando transparecer a existência de dimensões que não se queria revelar, como o passado de Alberto, as suas atuais fontes de renda e a situação da bonita amiga de Diva que também morava com eles naquele barraco apertado.

Após a visita, tinha muito que comentar e levantar hipóteses explicativas com a colega que me acompanhou nessa visita. Mas nosso papel como profissionais de saúde, mais do que entender, era buscar formas de intervenção que minorassem o sofrimento e os riscos de vida presenciados, mesmo sem o entendimento total da realidade. Essa é uma postura que diferencia o profissional de saúde do cientista social. O aprofundamento do conhecimento se dá, em grande parte, durante o processo de intervenção. Foi preciso um esforço para superar a dispersão do pensamento excitado pelo impacto da situação para conseguir concentrar-se na identificação de aspectos passíveis de intervenção: a investigação do corte da água nas torneiras, o tratamento da verminose e a anemia das crianças e o apoio médico a Alberto e Luís Henrique. Esses eram problemas bastante delimitados diante da complexidade e enraizamento profundo da situação de miséria, mas eram o início.

Procuramos a pediatra que acompanhava Luís Henrique. Ela lembrava de detalhes do seu caso, mostrando-se interessada. O prontuário de Luís



Henrique trazia anotações cuidadosas de seus problemas: episódios repetidos de infecções como otite, diarreia e pneumonia. Mas a pediatra estava voltada basicamente para os problemas orgânicos de Luís Henrique. Para ela, ele teria alergia ao leite de vaca e patologia pulmonar rara que exigiam internação para diagnóstico e tratamento adequados. Vinha então entrando em conflito com seus pais que não queriam interná-lo. Como eles também não providenciavam muitos dos exames pedidos, julgava que não gostassem do filho. Mas Diva era tão angustiada com sua situação! A pediatra não percebia, com precisão, o significado de se ter pai alcoólatra e a mãe trabalhando o dia todo fora de casa, numa família com tantos outros problemas. Mesmo assim, radiografias e vários exames laboratoriais já tinham sido feitos. Mas, em momento algum, se fizera tratamento de verminose. Quando começamos a falar das condições em que viviam na “favelinha do seu Antônio”, a médica logo disse: “Está vendo? Nós não temos nada que fazer diante desta miséria”. Trazer para discussão dados mais amplos da situação social de Luís Henrique resultava em imobilização da médica que não fora formada para enfrentar esse tipo de problema. Ela reconhecia a importância do contexto social na situação de Luís Henrique, mas sua consideração não se articulava com o raciocínio para o desvendamento de problemas médicos concretos, denunciando a ausência ou fragilidade de um conhecimento integrador entre estes dois campos do saber.

Fiz questão de estar presente na consulta marcada para debater nova conduta que superasse o impasse estabelecido para a pediatra: ou se investigava com sofisticação as hipóteses médicas levantadas ou não se fazia nada porque a complexidade do contexto social de fundo parecia ir além da possibilidade de atuação do profissional local. Nessa consulta com três atores em diálogo (a médica, a mãe de Luís Henrique e eu), não se chegou a um consenso, mas se negociou uma conduta. Assim, pela primeira vez, Luís Henrique foi tratado de verminose. Um exame de urina solicitado acusou infecção que foi, posteriormente, tratada. Havia na médica grande resistência em tomar condutas com base em hipóteses diagnósticas não confirmadas laboratorialmente, mas a peculiaridade da família tornava cada exame complementar exigido uma ameaça de interrupção do tratamento. Tratar sem o nível de segurança de diagnóstico, em acordo com o padrão aceito como mínimo pelo meio médico da região, significa o profissional assumir para si o risco de possíveis efeitos adversos do tratamento, em ambiente institucional marcado pelo conflito. Mas o padrão médico de conduta é estabelecido com base na relação com clientela bastante diferentes da família de Luís Henrique.

Medicar membros de famílias como essa é muito mais que apenas

prescrever medicamentos e cuidados. Foi Diva quem levou Luís Henrique para a consulta, mas o responsável pela administração dos medicamentos era Alberto. Além de haver confusão com frascos de outros medicamentos estocados em sua casa, as dosagens e os horários eram trocados frequentemente. Foi importante, durante as visitas, demonstrar e observar a administração dos medicamentos. Mesmo assim, pela irregularidade das visitas, o tratamento executado foi apenas próximo do ideal.

No entanto, Luís Henrique começou a melhorar. Seu olhar ganhou vida e seu apetite reapareceu. Coincidentemente, Diva deixara de trabalhar nesta época. Dizia que tinha tirado férias para tratar do filho, mas ficamos sabendo, depois, que tinha sido demitida do emprego. Segundo ela, Alberto começara a dar mais atenção ao cuidado dos filhos após nossas visitas. Ele percebia minha satisfação em conversar com ele e vinha sempre falar de suas reflexões existenciais. Na época foi feito novo vídeo sobre o cotidiano do cuidado das crianças para as reuniões nos grupos de desnutridos, tendo sido colhido seu depoimento, com o que ficou muito orgulhoso. Apesar de sua desorganização, falta de disciplina e constantes conflitos com Diva, demonstrava grande afeto às crianças. Certa vez afirmou: “Dizem que sou viciado. Sou sim. Não fico sem minha pinga. Fumo maconha quando tenho. Mas sou valente e zelo por minha família e minhas coisas”. Se os cuidados físicos e materiais dispensados às crianças eram muito precários, o mesmo não se podia dizer em relação aos cuidados afetivos, no que se assemelha ao encontrado por outros pesquisadores em outras regiões do país nas famílias populares em crise (Takashima, 1995). Aquela família não era o caos e a total falta de estrutura como acreditavam os profissionais que a conheciam de longe.

Pedimos a Alberto e Diva que fossem ao Centro de Saúde marcar a consulta médica para abordar a verminose e anemia de Rosângela, sem precisar entrar na fila. Mas as semanas passavam e não tomavam providência. Sentia que estavam satisfeitos com seu estado de saúde. Afinal, estava sempre brincando com seus carrinhos e vasilhinhas recolhidos nos lixos por Alberto. Uma de suas atividades era recolher objetos de valor nos lixos e nas casas dos bairros de classe média vizinhos para serem depois vendidos. O fato de ela fazer e comer bolinhos de barro era visto como sinal de seu espírito brincalhão e não como indicação de anemia por deficiência de ferro. A classificação que lhe dávamos de desnutrida segundo grau pelo seu pequeno tamanho baseava-se em referências antropométricas da medicina, definidas estatisticamente, que não faziam parte de sua cultura. A alegria era o parâmetro que tinham para avaliar a saúde das crianças.

Dois meses após o início das visitas, Rosângela foi acometida subitamente de forte crise de cólicas abdominais e vômitos de bolos de lombri-

gas. Era um quadro de semi-obstrução intestinal por *Ascaris lumbricoides*. Correram com ela para o Centro de Saúde, sendo logo encaminhada para internação. Era curioso ver a família bem vestida e cuidada para ir ao hospital. Tive até dificuldade em reconhecê-los. Para freqüentarem ambientes onde não são conhecidos, buscam esconder a condição social como forma de evitar discriminação.

Passada a crise de Rosângela, continuavam não a levando para consulta médica, mesmo sabendo que o medicamento que tinha tomado no hospital (piperazina) não tinha efeito sobre outros tipos de verme. Como ela continuava sem ganhar peso e não havia deixado de comer terra, resolvemos medicá-la em casa com mebendazol e sulfato ferroso. Tratamos toda a família. Foi preciso repetir o tratamento pela confusão que faziam com os medicamentos. Só assim Rosângela começou a melhorar. Um funcionário, sabendo de nossa conduta, exclamou: “Se nem vêm ao Centro de Saúde com consulta marcada, sem precisar de entrar na fila, eles que se danem”. Não se pensava sob a ótica da criança, incapaz de buscar, por conta própria, seus direitos.

### **3.4.1 Descobrimo a força de transformação das palavras e da presença profissional**

Fomos conversar com Antônio sobre a situação do saneamento dos baracos que alugava bastante temerosos, pois muito se falava de sua ligação com grupos de marginais locais e de seu jeito agressivo. Nós o encontramos bebendo em um bar da proximidade. Explicamos nosso interesse pelo problema por causa da gravidade da situação de saúde de várias crianças desnutridas em sua área. Segundo ele, os problemas de saúde das crianças não tinham nada a ver com a falta de água e esgoto e, sim, com a preguiça e o alcoolismo tanto de Alberto como de Diva. Seriam moradores problemáticos que, quando bêbados, brigavam com os vizinhos e danificavam as casas que ele administrava. Bebendo seu copo de aguardente e com os olhos brilhantes de quem já havia bebido muito antes, Antônio falava agressivamente e com desprezo pelos inquilinos. Depois de ouvi-lo, pedimos que pensasse no que poderia ser feito para ajudar as crianças da área e frisamos a importância do saneamento para a saúde.

Uma semana depois, Antônio já tinha colocado torneiras em vários pontos da área que administrava e fizera uma nova fossa. Apesar de não termos poder formal de intervenção, tínhamos, como profissionais do Centro de Saúde, um poder simbólico que era significativo. A situação continuava precária, apesar de agora contarem com a disponibilidade de água em abundância na proximidade da casa, o que é fator de conhecido impacto na melho-

ria do nível de saúde das populações. Mas a fossa, mesmo nova, continuava a servir a vinte famílias simultaneamente. Seu Antônio passou a cobrar de cada morador uma taxa acrescida ao aluguel pelo uso das torneiras com valor acima da taxa mínima cobrada pela companhia distribuidora de água. Mesmo assim, os moradores ficaram satisfeitos, contribuindo para facilitar o nosso acesso. Começaram a indicar outras famílias com crianças em estado precário. Uma, com cerca de quatro crianças visivelmente desnutridas, nem mesmo freqüentava o Centro de Saúde. Íamos, aos poucos, descobrindo uma rede de miséria e doença desconhecida pelo serviço de saúde. Apesar do tamanho pouco usual do C. S. Vila Leonina, com seus 53 funcionários, ele não dava conta da totalidade dos problemas de saúde da região, sobretudo os das famílias com pior situação social.

No Centro de Saúde busquei divulgar, nos vários setores, a melhoria conquistada, como uma forma de mostrar as possibilidades de ação comunitária dos profissionais de saúde. Os funcionários mostraram-se admirados. A melhora concomitante do estado de saúde de Luís Henrique foi importante para ir destruindo a idéia, difusamente presente na equipe, de que a ação educativa e as palavras não têm efeito concreto sobre a realidade material e sobre o organismo. Foram vitórias que deram legitimidade e ânimo ao processo, já iniciado, de visitas às outras famílias com crianças desnutridas graves. O acompanhamento da família de Luís Henrique representou a experiência pioneira em que se foram definindo os principais caminhos que orientaram as posturas diante das outras famílias.

Na visita seguinte, Alberto contou que passara a receber ameaças de um vizinho ligado a marginais (foi preso ainda durante a pesquisa) e muito amigo de Antônio, porque estava “chamando a saúde pública” para vigiar a área. Alberto estava nervoso, dizendo que ia começar a andar armado e que não tolerava insultos. Na saída, fui também abordado por tal vizinho, que veio perguntar o que eu queria ali. O apoio que íamos conquistando entre os outros vizinhos me tranqüilizava. O anúncio da ameaça de violência é um instrumento de intimidação. Mas, como Zaluar (1985:13), ia percebendo que a violência aí presente era circunscrita e submetida a leis informais. Um morador, para exercer a violência sem se expor em demasia à possibilidade de punição, necessita da convivência de outros moradores. As ameaças logo desapareceram.

Aos poucos as crianças passaram a nos receber com alegria e festa. Pediam para dar voltas em nosso carro. As crianças manifestam de forma transparente (sem artifícios), com seus olhares e gestos, os sentimentos da família. Se nos sorriem com espontaneidade ou nos olham com desconfiança estão manifestando as conversas e os sentimentos da família a nosso respeito em seus momentos de intimidade (Coelho, 1995).

Nosso acompanhamento começou, no entanto, a desencadear outros tipos de desequilíbrios. Diva intensificou suas cobranças a Alberto. Ele passou a reclamar que estava sendo repetidamente humilhado em público por Diva que o chamava de vagabundo. Numa noite, em que ambos estavam embriagados, brigaram intensamente, saindo os dois feridos com facadas. Começaram a ameaçar de sumirem, deixando os filhos, mas o apego de ambos às crianças era muito grande. Diante da situação, a atenção se deslocou das crianças para os adultos, especialmente para Alberto, sempre mais disposto a conversar sobre seus dramas. Seu alcoolismo e o seu trabalho começaram a ser o centro de nossas conversas.

À medida que íamos nos aproximando dos problemas dos adultos, passávamos a incomodar. Havia dimensões de suas vidas que não queriam revelar. Alguns fatos acenavam para a dimensão dessas facetas ocultas. Durante a pesquisa, Alberto levou duas facadas e um tiro e foi preso duas vezes. Um “amigo”, que ficou morando por algumas semanas em sua casa, foi preso por tentativa de estupro da filha mais velha (nove anos) de Diva. Até mesmo Diva, que sempre se mostrava contida e séria nas conversas, um dia mostrou sua outra face. Certa noite, quando a Comissão Local de Saúde saía do Centro de Saúde de uma reunião que acabara por volta das 22 horas, fomos surpreendidos por gritos desesperados de uma mulher que corria como se estivesse perseguindo alguém. Todos se assustaram e se esconderam. Reconheci que era Diva e me aproximei. Ela, chorando muito e embriagada, estava completamente transformada: suja de terra, cabelos desgrenhados e com fisionomia que lembrava uma doente mental. Contou uma história confusa de alguém que teria agredido sua filha. O restante dos membros da Comissão Local de Saúde também se aproximou. Conversando, ela se acalmou e voltou para sua casa. Como seria aquela casa, como ficariam as crianças, em noites como aquela, com os pais transtornados pela bebida e se aproximando do descontrole?

Havia dimensões do drama dessa família que apenas vislumbrávamos. As verminoses, infecções e os pequenos problemas de saúde, que procurávamos abordar, eram periféricos ao drama maior. Tentativas mais diretas de aproximação desse núcleo, muitas vezes, geravam distanciamento e emudecimentos. Na sua miséria, faziam questão de privacidade. Mas, abordando dimensões periféricas, conseguia-se algum efeito mais amplo. Alberto começou a se mostrar mais orgulhoso e seguro de si. Nossa presença era uma valorização para ele. Passou a se portar como nosso agenciador em problemas de saúde de outras crianças da área. Falava mais de seu trabalho. Seu carro de catador de papel ficou cheio de adornos. Por determinado período, passou a trabalhar regularmente num ferro-velho, ajudando a descarregar caminhões. Mas sempre oscilava no alcoolismo.

É difícil avaliar até que ponto as mudanças ocorriam por nossa atuação pois, concomitantemente, muitos fatos importantes ocorreram. Ao mesmo tempo, as melhoras que observávamos não eram resultados imediatos de atos deliberadamente produzidos para alcançá-las. Havia sempre repercussões imprevisíveis de nossas tomadas de posição que, por sinal, eram freqüentemente reações, sem tempo de reflexão, a acontecimentos inesperados. Mas em meio a todas as incertezas, havia um elemento metodológico importante: apesar de desacertos e mal-entendidos, a família de Luís Henrique percebia que havia vontade sincera de ajuda e de respeito à sua liberdade dos profissionais que mais se aproximaram deles. Resultados positivos de nossa atuação construíam-se, em grande parte, por elementos afetivos transmitidos por nosso olhar e nossos gestos, fora do controle de nossa intencionalidade profissional.

Na tradição teórica da educação em saúde e mesmo da educação popular, os acontecimentos tendem a ser analisados, valorizando aspectos relativos às trocas de saber, à incorporação de conhecimentos e ao jogo de poder presente nas relações estabelecidas. Ao deparar com a teia de significados simbólicos presente no comportamento, reações, rituais e discursos do dia-a-dia das classes populares, o educador procura interpretá-los para orientar um agir centrado no conhecimento. Nessa perspectiva, os símbolos e rituais utilizados pelo educador valem quando transmitem determinado conhecimento ou visão da realidade. Mas esta pesquisa foi mostrando que muitas vezes a presença e o afeto eram mais importantes do que a palavra (entendida como instrumento de diálogo entre diferentes saberes). Muitas vezes, a própria palavra agia e repercutia mais como expressão simbólica e ritual de sentimentos e valores do que como elemento de transmissão de idéias. O educador não apenas encontra rituais e expressões simbólicas em sua interação, mas ele próprio atua por meio de rituais e expressões simbólicas que se organizam para além de sua vontade e de sua consciência. Seu agir inconsciente é também parte de sua ação educativa (ou deseducativa).

Se para a análise das dimensões conscientes e dos aspectos correlacionados à troca de saberes e conhecimentos no processo educativo existe instrumental teórico já bem consolidado, para a análise dos aspectos inconscientes, simbólicos e rituais, os instrumentos teóricos de análise são muito restritos. Por isso, durante toda a pesquisa, deparei repetidamente com acontecimentos que apontavam para a importância desse agir educativo que passa além das trocas conscientes de conhecimento, mas tive grande dificuldade de valorizá-lo, analisá-lo e até mesmo descrevê-lo.

Apesar dessa lacuna na teoria que orientava a pesquisa, o vínculo afetivo estabelecido com a família de Alberto e as percepções intuitivas, que



a partir daí se multiplicaram, foram orientando muitos de nossos passos. Foi ficando claro que, para Alberto e Diva, a legitimidade da nossa presença em sua família se devia à precariedade, reconhecida por todos os vizinhos, da situação de saúde das crianças. Era sobre esse problema que nossa intervenção tinha de se basear. O acesso à discussão dos problemas pessoais dos adultos necessitava de permissões que precisavam ser renovadas a cada momento. Mas eram permissões não claramente explícitas, expressas apenas por um olhar de interesse em nossa fala, um tom de confabulação ao narrar uma opinião, um acolhimento mais gentil do que o habitual, uma pergunta sobre aspecto secundário do problema, etc. A intuição, orientada pela sensibilidade nem sempre consciente, era elemento importante a guiar os passos da pesquisa e da ação educativa. Foi ficando, cada vez mais evidente, a necessidade de criação de mecanismos para afinar tais percepções intuitivas, valorizando os espaços de reflexão silenciosa após o trabalho e de troca amiga entre os colegas de equipe em momentos de informalidade.

### 3.4.2 Respeito à diferença versus dever de intervir



Durante todo o processo de construção do modo de acompanhamento da família de Luís Henrique vivi grande desconforto teórico. Nosso ímpeto de intervenção partia de uma avaliação negativa dos comportamentos de Alberto e Diva. Buscávamos mudar a maneira como conduziam sua vida familiar. Mas até que ponto não estávamos pretendendo impor-lhes um modo de vida baseado em valores culturais nossos? A antropologia tem mostrado como comportamentos aparentemente despropositados podem ser manifestações coerentes de sistemas de valores diferentes. Há um movimento atual das ciências sociais em direção ao entendimento e valorização das diferenças dos diversos grupos culturais. Para conseguir decifrar as razões e os valores existentes por trás dos comportamentos despropositados de outros grupos culturais, a antropologia desenvolveu uma postura de pesquisa que aposta na existência de coerência cultural interna desses comportamentos, para investir com afinco na sua revelação. É uma postura de investigação em que o pesquisador evita tomar posição com base em seu próprio sistema de valores diante dos fatos que presencia, buscando não inibir as falas do grupo em estudo.

Na nossa relação com a família de Luís Henrique, ao mesmo tempo que fazíamos um movimento para escutar sua lógica, estávamos também nos posicionando freqüentemente. Quando tomamos posição, se de um lado provocamos reações que também esclarecem a lógica do outro, por outro, inibimos a fala do nosso interlocutor. O problema agrava-se quan-



do a interação se dá entre sujeitos com níveis de poder social muito diferenciados, como era o nosso caso. O profissional de saúde, notadamente o médico, é cercado de poder simbólico muito forte. Aliviava essa assimetria de poder o fato de estarmos, lá, na temida “favelinha do seu Antônio”. O medo que, muitas vezes, sentíamos era o reconhecimento de um poder dessa população. Além do mais, nossa preocupação em intervir bloqueava também nossa capacidade de percepção dos significados de suas falas e seus gestos. Assim, até que ponto não estávamos desrespeitando e oprimindo essa família?

Por outro lado, nem todo comportamento diferente ou afastamento das normas consideradas racionais se devem necessariamente a um sistema de valores culturais diferentes. Há situações em que certos comportamentos são um desvirtuamento dos próprios valores e coordenadas culturais do grupo a que pertence o indivíduo. Se existe uma cultura que dá sentido importante ao uso do álcool como instrumento para alcançar os valores da euforia, da alegria e da contestação das estruturas de poder da sociedade, existe também uma percepção muito difundida de que o álcool acarreta uma degradação dos indivíduos, submetendo-os a intensos sofrimentos e vergonhas, negando os próprios valores. Possivelmente, no alcoolismo de Alberto, coexistiam as duas dimensões. Mas era a dimensão de sofrimento em sua família que mobilizava, na equipe, um grande ímpeto de intervenção.

Algumas situações presenciadas intensificavam esse ímpeto. Certa vez encontrei Diva extremamente amargurada. Muito cabisbaixa, custou a contar o que acontecera. Alberto bebera muito e caíra na rua. Avisada pelos vizinhos, foi buscá-lo. Veio arrastando-o morro acima. Chuviscava. Diva já estava, na época, gestante novamente. Ninguém a ajudava, pois ninguém gosta de ajudar bêbados. De repente, um pneu solto morro abaixo (intencionalmente?), rolando, atingiu Diva, jogando-a ao chão sobre Alberto e a lama. Contorcendo-se de dor e enlameada, prometeu, a si mesma, suicidar-se. Nesse momento, apareceu um conhecido para ajudá-la. Em casa, vendo os filhos, desistiu da promessa. Mas ali estava ela, uma semana depois, envolvida na dor e na falta de esperança para sua vida.

O trabalho social convive com um dilema decorrente de uma dupla dimensão da vida humana.<sup>5</sup> De um lado, ela é marcada por uma dimensão universal. Os indivíduos de todos os povos fazem parte de uma mesma espécie, têm carga genética praticamente equivalente, sofrem, por-

---

<sup>5</sup> Estas reflexões se baseiam em entrevista com o antropólogo Pierre Sanchis, professor do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG.

tanto, de necessidades equivalentes e se orientam por estruturas mentais semelhantes. Por outro lado, essa dimensão universal do fenômeno humano manifesta-se de modos muito diversificados nos diferentes grupos sociais por meio de culturas particulares. A particularidade dos fenômenos culturais evoca respeito à diferença. A universalidade do fenômeno humano evoca dever de intervir em situações que causam indignação. Oscilando entre esses dois pólos, construiu-se, com angústias, o acompanhamento da família de Luís Henrique.

Aprendemos a relativizar nosso julgamento em relação à comentada atitude de negligência daqueles pais diante de seus filhos. Por trás da negligência havia outro sistema de valores. Alberto tinha os dentes carcomidos por cáries e gengivite. Com apoio da equipe, marcou consulta odontológica. As vagas para o atendimento odontológico do C. S. Vila Leonina são extremamente disputadas. Não compareceu. Suas justificativas eram inconsistentes e oscilantes. Mas conversando, explicitou que a integridade de cada parte de seu corpo, valor tão caro entre pessoas de classe média, não o angustiava mais. Seu corpo já estava tão deteriorado, que para ele não tinha mais sentido esmerar-se no cuidado de detalhes. Aprendera a conviver com a dor esporádica e com as suas muitas limitações parciais. Para ele, o importante era a alegria, o afeto e a sensação de independência de cada momento. Nesse sentido, o álcool era importante. Na sua miséria, encontrara uma forma de viver a vida, com algum nível de autonomia. Sabia que não tinha perspectiva de melhora social.

“Antigamente, mesmo eu sendo analfabeto, cheguei a trabalhar como motorista de ônibus. Hoje, para qualquer emprego, é preciso ter estudo e ter boa saúde. O jeito é eu ir levando minha vida com os meus quebra-galhos.”

Alberto faz parte do exército de indivíduos não mais desempregados, mas incapazes de ser empregados no atual contexto de desenvolvimento capitalista brasileiro (Costa, 1994).

Nesse seu sistema de valores, explica-se parte das atitudes que, para os profissionais de saúde, eram negligência absurda em relação às variadas infecções e infestações de seus filhos. As cólicas, as diarreias, o susto com as lombrigas saindo nas fezes, a magreza, os ferimentos inflamados, o desânimo periódico, todos esses sofrimentos dos filhos também estavam presentes nele. Tolerava-os nos filhos assim como aprendera a tolerá-los em si. Buscava combatê-los, mas num nível de mobilização que não lhe ameaçasse a precária paz e satisfação interior. Afinal, não tinha perspectivas de vir a ter, ou ver nos filhos saúde perfeita. Talvez soubesse que, nas

condições materiais em que vivia, a luta para manter sua família num patamar de saúde de acordo com as expectativas dos profissionais de saúde implicaria um profundo desgaste emocional. Era muito desgaste para pouca possibilidade de sucesso.

Apesar de tal postura, se ele e Diva percebiam haver real ameaça à vida de um dos filhos, agitavam-se e brigavam. Diante de quadros agudos, a família mobilizava-se, levando as crianças a vários hospitais e providenciando uma série de exames laboratoriais solicitados. Numa internação de Luís Henrique, Alberto foi preso porque, impedido de visitá-lo no hospital, se armou e ameaçou os guardas que faziam a vigilância da portaria. De forma alguma o conceito de desleixo explicava a maioria de suas atitudes com os filhos. A espontaneidade era valor central em sua vida. Espontaneidade em contexto de desânimo e cansaço. Ao mesmo tempo, repelia o disciplinamento e a regulamentação de sua vida.

Nosso apoio permitia àquela família atingir um patamar de saúde mais elevado, sem exigir-lhes grande desgaste emocional. Parece ter resultado ainda em aumento de sua auto-estima e, conseqüentemente, na elevação de suas expectativas, abrindo caminho para que pequenas cobranças que fazíamos tivessem acolhimento. Mas havia limites muito fortes. Nosso olhar estava, a todo momento, detectando a falta de uma infinidade de pequenas melhorias ambientais e cuidados de saúde necessários e se horrorizando com eles: a ausência de pequena valeta que dirigisse os filetes de esgoto correndo onde brincam as crianças, o banho de todas as crianças numa mesma água na banheira de plástico, a comida de Luís Henrique que caía sobre a cama, sobre a qual todos brincam, voltando em seguida para seu prato, a forma explosiva e violenta como lidam com as crianças mais velhas, uma faca no meio dos brinquedos de Rosângela, o cachorro doente brincando com as crianças e muito mais. A denúncia de todas essas faltas que nos chocavam, acabaria por tornar nossa presença ali insuportável. Era preciso estar sempre atento ao espaço possível de sugestão. Afinal, mais importante que essas pequenas mudanças ambientais e a incorporação de alguns hábitos de higiene era animá-los e apoiá-los na busca de um futuro melhor. O maior objetivo dos novos cuidados com a saúde que, aos poucos, procurávamos transmitir era talvez o cultivo do gosto e da esperança pela construção de uma vida mais digna. Não o combate da doença à custa do rebaixamento de suas dignidades, mas sim o combate da doença como estratégia de superação do desânimo e da baixa auto-estima.

Quanto mais nos aproximávamos dessa realidade, melhor vislumbrávamos o movimento de alegria e esperança que ainda restavam envoltos naquela miséria e naquele alcoolismo. Certa vez, visitando-os no início da



tarde de um domingo, encontrei-os na festa do almoço. Pinga, galinhada e vários amigos e crianças. Serviram meu prato e mandaram trazer duas garrafas de cerveja. A um doutor não fica bem oferecer pinga. Participando da festa, entendi melhor os valores que animam suas vidas. Bebendo com eles, percebi, como nunca antes, o sentido do álcool para Alberto e Diva. Compartilhando dos efeitos do álcool, conversamos de modo diferente sobre o alcoolismo. Já não era alguém de fora que apregoava lições de moral. No momento eu era um companheiro de viagem. Mas, como viajantes na alegria e espontaneidade, eles também questionavam o impacto do álcool com base nos próprios valores. Infelizmente, aproximações como essa foram raras e a pesquisa já estava no final.



O intervir e o compreender são duas atitudes que, ao mesmo tempo, se completam e se antagonizam. Compreendendo, intervém-se melhor. Intervindo, compreende-se. Mas, intervindo, também se fecha para a compreensão. E ainda mais: o empenho na compreensão resulta em passividade. A síntese entre essas duas atitudes, intervir e compreender, acontece por conflito e colaboração entre atores que, com vocações diferentes, privilegiam uma das dimensões. Ou então pela sucessão histórica de etapas em que se enfatizam alternadamente as diferentes atitudes. Pela natureza de sua prática, o profissional de saúde tende mais para o intervir. Uma intervenção que, muitas vezes, não respeita os valores da população.

### 3.4.3 Um drama que parece não ter fim

Com o desenrolar do acompanhamento à família de Luís Henrique, ia ficando cada vez mais clara a percepção da centralidade do alcoolismo de Alberto na origem dos problemas de saúde das crianças. Ele já não procurava mais negar o peso do álcool em sua vida. Começou a falar de suas tentativas frustradas de se livrar da dependência: quando parava de beber sentia-se desorientado e nervoso. Perguntei se não queria fazer uma consulta médica comigo. Aceitou. Até então, nos oito anos de funcionamento de C. S. Vila Leonina, Alberto, com tantos problemas de saúde, consultara-se apenas duas vezes.

Durante os dez meses da pesquisa já passados (sete dos quais na fase intensiva de coleta de dados), eu evitara atender a consultas como forma de ter acesso a dimensões diferentes da realidade do serviço de saúde. Foi minha primeira consulta no C. S. Vila Leonina.

Alberto chegou, de roupa nova e banho tomado, na hora exata marca-





da, sinal de sua valorização do momento. Fiquei impressionado com a mudança do patamar de nossa relação propiciada pela consulta médica. Ao vestir o avental de médico e entrar no consultório me diferenciei, para ele, do profissional que antes visitava sua casa. O médico em atuação identifica-se com um mito, o representante de uma função de cura que carrega um significado sagrado para a clientela (Campbell, 1995:12). O modelo da consulta médica tem uma estrutura de relação que permite um ordenamento da história de vida, até então tomada de forma fragmentada. Nas visitas há dispersões e interrupções. Teve coragem para dizer que bebia pelo menos um litro de cachaça diariamente. Já tinha tido vários episódios de vômitos sanguíneos. O fato de estar escrevendo sua anamnese facilitava-me voltar nos vazios e ambigüidades de sua narração. Na consulta, o diálogo é ainda enriquecido pela exposição do corpo. O corpo, em evidência, fala com menos disfarces. As múltiplas cicatrizes de facadas, sua intensa icterícia dizendo do grave comprometimento do fígado, seus colares de terço e figa, até então escondidos sob a camisa, denunciando sua ligação com o candomblé, são marcas que exigem explicações. O desnudamento do paciente cria confianças e cumplicidades que levam o diálogo para outro patamar. Contou ser uma pessoa “evoluída no espírito”, mas afastado dos cultos locais por atrito com os pais-de-santo da região. Com tanto tempo de acompanhamento, não tinha ainda sido criado espaço de intimidade para tocar em sua religião, este explicador mais usual e, muitas vezes, o mais acreditado nas classes populares para as questões levantadas pela vida, dando-lhes respostas para os seus medos, esperanças e dilemas (Brandão, 1986).

Salientando em seu corpo os efeitos da bebida, propus nova tentativa de suspensão do álcool. Ele, motivado, concordou. Firmamos nosso acordo com um aperto de mão. A consulta médica é também um rito no qual a dor é exposta, manipulada, até se chegar a um projeto de mudança, sacramentado por receitas e declarações de intenções. Se o médico acredita estar trabalhando com conceitos puramente científicos, para o cliente, imerso em cultura própria, esses conceitos são apropriados e ressignificados de acordo com suas crenças. O médico pode desconhecer a elaboração metafórica, a construção simbólica, que o paciente faz de suas palavras e de seus atos ou pode, compreendendo-a, entrar nela e utilizá-la para fortalecer o tratamento. A emoção, que pode surgir ao trabalhar de forma integrada com as aflições do paciente juntamente com os seus valores e crenças mais caras, ajuda a consolidar os pactos de reorganização de seus comportamentos assumidos a partir das novas percepções de sua vida propiciadas pela consulta. Na consulta de Alberto, me impressionou a convicção emocionada como ele aderiu ao nosso pacto de supera-

ção do alcoolismo. Prescrevi um calmante para auxiliá-lo a enfrentar a agitação e o nervosismo da abstinência que já começava a preocupá-lo.

Fiquei com grande expectativa sobre a repercussão da consulta. O fato de trabalharmos com dimensões religiosas da vida dos clientes nos desperta ilusões de ação mágica. Temendo a vulnerabilidade do profissional que transita por tais dimensões, há um movimento da prática médica de procurar banir qualquer conotação religiosa no seu agir. A formação profissional na área é muito complexa.

Como todos os serviços municipais de saúde tinham entrado em greve, visitei Alberto dez dias depois. Com a família toda reunida, Diva veio logo contando que Alberto continuava bebendo, mas agora associando com os comprimidos do calmante prescrito. Assim, por várias vezes caiu na rua. Perguntei: “Alberto, você quer morrer?” Logo em seguida, ele começou a falar da relação com sua mãe. Tinha fugido de casa quando criança. Passou a ser considerado a ovelha negra da família. Sua mãe não quer vê-lo nunca mais. Foi então que me pediu: “Me ajuda conversar com minha mãe...” Parecia que seu alcoolismo tinha a ver com essa rejeição. Apesar do fracasso da suspensão do álcool, o processo de aproximação do núcleo dos seus problemas continuava. Mas o esvaziamento progressivo das atividades de visita às famílias, a greve dos funcionários que se iniciara e a finalização da pesquisa de campo, tornavam difícil um acompanhamento mais intenso. Tive dificuldade de localizar sua mãe, residente também no Aglomerado Morro das Pedras. Logo em seguida, entrei de férias. No retorno, fiquei sabendo de um fato que viria a nos distanciar.

A prefeitura iniciara levantamento das famílias em situação mais precária de moradia. A “favelinha do seu Antônio” mereceu grande atenção. Seus moradores começaram a se reunir no Centro de Saúde para a discussão de alternativas para construção de suas moradias. Antônio ficou nervoso temendo desapropriação do terreno que explorava. Em uma das reuniões no Centro de Saúde, Diva apareceu embriagada agredindo os participantes. Disse, entre outras coisas, que estava cansada da ação dos funcionários do Centro de Saúde que não saíam de sua casa e não a deixavam viver sua vida sossegada. Queria que não interferíssemos mais na área. Apesar de a equipe do Centro de Saúde e de membros da Comissão Local de Saúde terem interpretado sua atitude como decorrente da ligação de sua família com Antônio, que estava sentindo-se ameaçado (em vários momentos anteriores Diva e Alberto já tinham tomado posição em sua defesa), o fato levou ao afastamento dos profissionais de sua casa.

Após algum tempo, visitei-os mais algumas vezes, apesar de já ter encerrado a pesquisa de campo. Confiava na amizade que percebia em seus olhares quando os visitava. Mas a repercussão da atitude de Diva

criou um distanciamento. Poucas vezes consegui encontrá-los em casa. Luís Henrique, agora desnutrido de segundo grau, crescia extremamente levado. Já sabia buscar seu alimento sozinho e expressar seus desejos. Passou do primeiro ano de vida, o período de vida mais vulnerável. Rosângela cresceu (atualmente é desnutrida de primeiro grau) e continua alegre, assumindo a guarda de Luís Henrique. De tão atenciosa e ligada a ele, Luís Henrique aprendeu a chantageá-la, jogando-se ao chão, chorando, quando não consegue o que quer. Alberto continua seu trabalho de catar papel nas ruas e bebendo bastante. Mas agora há novo membro da família: Dalmo, que, como Luís Henrique, nasceu forte, mas progressivamente foi desnutrindo-se desde que Diva começou a trabalhar fora todos os dias da semana. As infecções repetem-se, já tendo sido internado várias vezes. Seu estado de saúde é crítico.

Nesse processo de acompanhamento da família de Luís Henrique, constatamos a profundidade e a dureza das sinuosas e múltiplas raízes que sustentam a miséria e as repetidas infecções e parasitoses que acometem as classes populares das periferias das cidades. Apesar da frustração vivida no final, ali vislumbramos caminhos e possibilidades de intervenção significativa nessa situação, caso se organize um trabalho sistemático das instituições de saúde nesse nível. Caminhos e possibilidades que se situam entre a ilusão pretenciosa de poder resolver plenamente, por ações técnicas no nível dos indivíduos e da localidade, problemas de ordem estrutural e o desânimo imobilizante pela descoberta de raízes tão complexas para os problemas rotineiros do serviço de saúde. Entre as determinações sociais, políticas e econômicas mais gerais das doenças e as alterações patológicas no nível do corpo existem mediações (situações e problemas de natureza cultural, ambiental, psicológica, material e educativa) sobre as quais o profissional de saúde local tem significativas possibilidades de intervenção.

Assiste-se hoje a uma mudança de postura nos movimentos sociais no meio popular: de privilegiamento absoluto de ações voltadas para atingir mudanças estruturais e globais da sociedade, percebe-se uma valorização de ações de âmbito mais circunscrito. Há um ambiente, por muitos denominado de pós-modernidade, de desmascaramento dos grandes projetos de progresso social racionalizador. A profunda crise das tentativas de intervenção ampliada do Estado (a crise do Estado de Bem-Estar Social, a derrota do socialismo real, a iminência de catástrofe ecológica e social trazida pela sociedade industrial moderna, etc.) criou uma sensação generalizada de estarmos em um universo de eventos que não se compreende plenamente e em que a ação humana é incapaz de controle global (Giddens, 1991). Conseqüentemente, assiste-se a uma perda na legitimidade

da pretensão de totalidade de todas as grandes análises teóricas, incluindo o marxismo. É nesse contexto que o trabalho social passou a buscar intervir de forma mais circunscrita. Mas essa nova postura não implica necessariamente o afastamento de uma perspectiva de ação sobre o todo social. Se famílias como a de Alberto têm sua miséria profundamente condicionada pela forma de organização da economia e da política mundial, a degradação em que vivem as torna pouco capazes de participar como atores importantes da luta por mudança social. Ações que resgatem, ainda que parcialmente, a dignidade dessas famílias podem estar contribuindo para a alteração do jogo político de forças da sociedade. Ao mesmo tempo, a maior atenção às dimensões locais dos problemas sociais gerais pode contribuir no esclarecimento de sua complexidade e de sua dinâmica.

### **3.5 Organização de um projeto de acompanhamento das famílias em situação de risco**

Já fazia um mês que a equipe do turno da manhã do programa de combate à desnutrição vinha fazendo visitas a famílias com crianças desnutridas graves, quando profissionais do turno da tarde aderiram à proposta de visitas. No primeiro dia que saíram, conheceram a família de Leda. O impacto que tiveram resultou em importantes desdobramentos.

Ao entrarmos no pequeno cercado, em frente da casa de Leda, nos assustamos com a sujeira. Quatro crianças imundas e barrigudas, sentadas na terra, brincavam com a água suja de uma bacia. Ao redor, havia pequenos montes de roupas sujas, algumas com fezes. As moscas cobriam a cena. A criança mais velha informou que a mãe estava deitada. Pedimos que fosse chamá-la.

Internamente, o barraco de dois cômodos estava ainda mais sujo. Restos de comida jogados nos cantos, panelas com comida velha e moscas, utensílios domésticos fora de lugar, dando a impressão de caos. Valdemar, desnutrido de segundo grau, sentado num canto do primeiro cômodo, chorava imundo. Leda veio nos receber contando que estava deitada por ter sido acometida por intensa crise de dor lombar, que se arrastava há uma semana. Saía pela manhã para o centro da cidade e deixava um pouco de arroz para as crianças. Ao voltar, não conseguiu preparar-lhes o almoço. Já eram 15 horas e estavam sem almoçar. No segundo cômodo, havia uma cama de casal com um colchão velho com molas expostas e um berço forrado apenas com papelão. A sujeira também era imensa. Assustados e inicialmente sem saber o que fazer, procuramos saber mais detalhes da situação.

Leda era casada com um servente de pedreiro mais idoso. Ele costuma-

va beber muito. No sábado, quando recebia pagamento, Leda ia esperá-lo no ponto de ônibus para que não gastasse o dinheiro da semana nos bares. Tinha com ele cinco filhos pequenos, entre os quais Valdemar, que era acompanhado pelo programa de combate à desnutrição e tinha pé torto congênito. Sua cirurgia vinha sendo adiada por dificuldades de providenciar os exames laboratoriais solicitados. Leda tinha ainda duas filhas mais velhas, de outro casamento, das quais uma também morava ali. Ficamos imaginando como dormiriam as oito pessoas naquele barraco. Soubemos que a filha mais velha estava desempregada e andava pelas redondezas. Pedi a uma das crianças para chamá-la. Como demorava, fomos procurá-la. Explicamos a situação de fome das crianças, ainda sem almoço (como se ela não soubesse), e pedimos para que preparasse algum alimento. Sua naturalidade diante da sujeira e da fome das crianças mostrava que a situação não era excepcional. Enquanto começava a preparar o almoço contou que não colaborava muito em casa porque vivia sendo maltratada pelo padrasto, sobretudo quando ele bebia.

O médico da equipe, vendo o filtro de água quebrado, ficou insistindo para que não esquecessem de ferver a água antes de beber. Não tinha sentido falar em ferver água no meio daquela imundície e daquele caos. Entregamos uma receita de antiinflamatório para aliviar a dor lombar de Leda. Sua filha mais velha ficou de buscar o medicamento no Centro de Saúde. Voltamos marcados pela percepção da incapacidade de um serviço de saúde apoiar de forma significativa situações de crise familiar como aquela sem articulação com a vizinhança e de grupos comunitários.

Retornando, encontramos alguns grupos de cabos eleitorais divulgando seus candidatos a governador. Era novembro, mês de eleições. Um dos funcionários, tocado pela situação de sofrimento presenciada, revoltou-se. Parecia-lhe que a mobilização comunitária existente estava apenas a serviço dos grandes partidos políticos, indiferente a situações como a de Leda. No entanto, bem próximo de onde estávamos, situava-se a sede de uma associação de moradores cuja presidenta, posteriormente, acabou assumindo importante papel no acompanhamento de Leda.

O impacto da visita repercutiu amplamente no Centro de Saúde. Coincidentemente, no dia seguinte aconteceu a reunião do grupo de desnutridos do qual participava a família de Leda. Naquele mês, o tema escolhido para discussão no grupo, por sugestão da terapeuta ocupacional, era a produção de brinquedos para as crianças, usando sucata. Percebemos que não tinha sentido discutir a produção de brinquedos num grupo em que uma das participantes estava passando por dificuldades tão grandes. Pedimos a Leda que falasse de sua situação e em seguida contamos nossa impressão. Apesar de estarmos temerosos de deixar Leda constrangida



com a divulgação, no grupo, de sua miséria, ela expôs sua situação com naturalidade. Na verdade, nosso comportamento no grupo fora orientado mais pela emoção: estávamos demasiadamente marcados pelo que tínhamos presenciado para conseguirmos discutir outro tema. Casos semelhantes começaram a ser narrados. Mas o que fazer diante daquele caso presente vivido por um membro do grupo? Alguém sugeriu: vamos fazer um abaixo-assinado. Mas dirigido a quem? Por muito tempo se trabalhou para politizar a discussão dos problemas de saúde locais, enfatizando a responsabilidade do Estado. Mas parecia que, no momento, a busca de soluções ficara demasiadamente centrada na ação estatal, como se houvesse difundido um modelo de Estado-providência regulando e presente em todas as instâncias da vida social.

O grupo, aos poucos, foi concluindo que a ação do Centro de Saúde era importante, mas que era também fundamental a participação dos vizinhos e da associação de moradores local. Prontificaram a ir, no domingo seguinte, visitar Leda e ver o que cada um podia fazer para ajudar. A reunião terminou com uma salva de palmas ao trabalho de solidariedade mútua que estava surgindo no grupo, inaugurando uma maneira nova de trabalhar o problema da desnutrição e da doença.



Na metodologia de educação popular proposta nesta pesquisa-ação de buscar ampliar os canais de interação cultural e de negociações entre os atores profissionais e populares envolvidos em problemas concretos de saúde, busquei levar a discussão ocorrida para a Comissão Local de Saúde e para outros profissionais do serviço. Uma representante da população já vinha reclamando que as reuniões da Comissão estavam ficando muito presas à discussão de problemas internos do serviço, contrariando a expectativa de vários conselheiros que esperavam ação voltada para os problemas de saúde da comunidade. Uma vez que as comissões locais de saúde, que se multiplicaram por todos os recantos da nação, foram criadas por iniciativas institucionais, elas tenderam a subordinar sua dinâmica interna às necessidades de gerenciamento dos serviços de saúde. Nesse contexto de insatisfação, a possibilidade de se organizar um trabalho comunitário de apoio às famílias em situação de risco recebeu grande adesão na Comissão Local do C. S. Vila Leonina. Muitos se prontificaram a participar da visita à casa de Leda no domingo seguinte.

Na hora marcada, compareceram apenas membros da Comissão Local e eu para irmos à casa de Leda. Ninguém do grupo de Leda veio. Os grupos de mães e pais de crianças desnutridas são constituídos pelos moradores mais carentes de uma região. Em sua carência extrema, eles estão muito marcados pelo sufoco de angústias e providências para a sobrevivência. É freqüente a constatação, em outros trabalhos de organi-



zação comunitária, da dificuldade de participação dos mais miseráveis. Segundo Valla (1995), muitas vezes as classes populares protegem-se daquilo que os educadores populares denominam “processo de conscientização”, por perceberem intuitivamente que esse processo pode vir a exigir ainda mais deles, que já estão tão próximos da exaustão. Os membros da Comissão, já experientes nas dificuldades do processo de mobilização comunitária, compreenderam e foram sozinhos.

Leda e seu companheiro nos esperavam com simpatia. Ele era um homem alquebrado, com posturas e falas inseguras. Leda estava melhor de sua dor lombar, mas mantinha o olhar melancólico. Providenciou uma arrumação parcial na casa. As roupas sujas foram fechadas em sacos plásticos amontoados num canto da casa.

A filha mais velha do casal, com cerca de oito anos, e que tomava conta dos menores na ausência de Leda, sofrera intensa queimadura no corpo com água fervente ao tentar preparar comida para os irmãos. Havia áreas de queimaduras de segundo grau. Em famílias como essa, as crianças são desde novas obrigadas a trabalhar e assumir tarefas para as quais não estão preparadas para exercer com segurança, tornando elevadíssima a incidência de acidentes domésticos. Apesar da gravidade da lesão, ela não tinha sido levada a nenhum serviço de saúde. A precariedade das condições de vida das classes populares, expondo o corpo de seus membros a constantes agressões, leva a um estado de emergência sanitária permanente (Valla, 1993a). Submetidos a uma ditadura da urgência, são cobrados a tomar providências em ritmo acima de suas capacidades, obrigando-os a se alienarem de muitas das necessidades para não sucumbir ao desespero. Mas essa incapacidade de buscar melhorias com afinco estava tão evidente diante daqueles dois pais alquebrados, que o grupo visitante não ousou criticá-los.

Sua casa era exemplo da precariedade da extensão da rede de água para toda a favela proclamada pelo órgão responsável. A rede de água ficara incompleta em muitos trechos, obrigando os moradores a criar uma rede emaranhada de mangueiras, com constantes vazamentos que, diminuindo a pressão, resultava na chegada da água apenas a partir de altas horas da noite. Assim, a água para consumo durante o dia precisava ser armazenada em vasilhas em que a possibilidade de contaminação era grande. A descarga da privada não podia funcionar.

A equipe visitante foi, em seguida, para a casa de uma das integrantes, presidente da associação de moradores da região (Vila Santa Sofia). Algumas das presentes, moradoras da parte mais urbanizada da Vila Leonina, estavam estarrecidas, mostrando a heterogeneidade da região: apesar de se terem criado na vizinhança, não tinham tido ainda contato com a misé-

ria nesse nível. Mas estavam todas motivadas a participar do apoio às famílias em situação de risco, identificadas pelo programa de combate à desnutrição. Fizemos um planejamento de medidas possíveis, de curto prazo, de apoio à família de Leda:

*a)* conseguir ajuda de vizinhas para acompanhar Valdemar nas consultas e nos exames no hospital especializado para que possa operar logo seu pé torto congênito. Seriam solicitados vales transportes do Centro de Saúde para ajudar;

*b)* visitas freqüentes de membros da Comissão Local e de funcionários do Centro de Saúde para cobrar e incentivar o maior cuidado da família com a higiene da casa;

*c)* tratamento domiciliar da evidente poliverminose e anemia ferropriva das crianças;

*d)* doação por uma das visitantes de um colchão para o berço de Valdemar;

*e)* propor na Comissão Local de Saúde a convocação de representante da companhia de abastecimento de água para discutir a finalização da rede de distribuição de água da região;

*f)* reunir-se com o restante da equipe do programa de combate à desnutrição para discutir a participação de membros da Comissão Local interessados nesse trabalho.

### **3.5.1 “Emperramentos, por baixo dos panos, no trabalho com a comunidade que a gente, que é de fora, não dá conta de entender”**

A reunião proposta demorou quinze dias para acontecer. A dinâmica institucional é marcada por omissões, desencontros e conflitos. Muitas vezes, é necessário um tempo maior para que trocas de idéias, acordos e novas adesões aconteçam. Ao mesmo tempo que foi importante respeitar esse processo expresso pelas reiteradas dificuldades que iam surgindo para a marcação da reunião, foi necessário manter constante discussão com os atores envolvidos na proposta de integração entre profissionais e lideranças comunitárias para ela não ser esquecida. No dia em que a reunião foi marcada, os membros da Comissão Local chegaram e ficaram esperando em pé no corredor, enquanto os membros da equipe do programa de combate à desnutrição continuavam suas atividades. Havia nítida resistência ou falta de fé na proposta de integração. Se eu não tivesse insistido, a reunião não sairia, apesar do discurso, sempre repetido, sobre a importância de integração entre o serviço de saúde e a população na solução dos problemas de saúde. Quando a reunião começou, logo veio à tona a seguinte pergunta da assistente social às lideranças populares

presentes: “qual é a experiência que vocês têm de acompanhamento de famílias e que propostas vocês estão trazendo?” Apesar de irritada com a cobrança de experiência prévia, que por sinal nenhum profissional presente tinha, a presidente da Associação de Moradores da Vila Santa Sofia contou casos de acompanhamento esporádico, como agente pastoral da Igreja Católica local, de famílias em crise. A experiência historicamente acumulada pela Igreja Católica com trabalhos sociais no Brasil é parcialmente absorvida por seus agentes pastorais mais antigos. Ela completou: “[...] nós estamos aqui para trabalhar em conjunto e aprender com vocês”. A partir desse ponto a reunião animou-se. Foi ficando claro que as lideranças comunitárias sabiam de dimensões importantes da realidade local desconhecidas pelos profissionais e tinham contato com uma rede de moradores atuantes capazes de ampliar imensamente as ações de saúde. Após a reunião, que terminou com várias propostas de trabalho conjunto, uma moradora comentou comigo:

Se não houver alguém do serviço com experiência que insista neste trabalho junto com a comunidade, nada vai para a frente. Existem muitos empecilhos, por baixo dos panos, que a gente, que é de fora, não dá conta de entender.

Foi combinado que a partir dessa reunião todas as visitas da equipe às famílias seriam acompanhadas por membros populares da Comissão Local. Mas logo se constatou que os moradores, com seus afazeres e responsabilidades, não tinham condições de acompanhar um trabalho sistemático, realizado profissionalmente. Suas participações teriam de ser de uma outra natureza. No entanto, na Comissão Local de Saúde, à qual sempre se levavam informações sobre o andamento das visitas, os representantes populares continuavam discutindo o problema e o apoio às famílias em situação de risco.

A coordenadora do programa de combate à desnutrição ficara indignada com a ausência das colegas de grupo de Leda na visita à sua casa. A partir de então, em todas as reuniões do mês com as mães, passou a contar o que acontecera, pondo em discussão o tema da solidariedade entre os moradores. Muitas mães argumentavam que, se mal davam conta de se sustentar, seria difícil assumir o apoio de outras famílias que moravam distantes. Mas iam contando que havia formas de solidariedade entre eles:

“Quando tenho de sair, peço a uma vizinha para olhar meus filhos.”

“Quando meus meninos adoecem, só dou conta porque minha sogra vem ajudar.”

“Eu tenho uma vizinha que a gente sempre troca o que está faltando. Uma hora é uma caneca de arroz, outra vez é um limão para fazer um suco.”

Num contexto com grandes diferenças e conflitos, essa solidariedade era, no entanto, delimitada:

“Eu não gosto de toda hora ficar pedindo ajuda dos vizinhos. Cada um tem a sua vida.”

“Tenho uma vizinha, que se a gente oferece para ajudar, logo chama de oferecida.”

A solidariedade acontecia entre alguns parentes, amigos e vizinhos, dentro de limites, e não de forma generalizada como gostariam os profissionais de saúde, tocados com a urgência dos problemas locais, esquecendo-se, no entanto, que suas próprias vidas pessoais são também marcadas por solidariedades circunscritas, entremeadas por conflitos e indiferenças. Em vez de se discutirem as dificuldades das formas usuais de ajuda mútua, para assim ampliá-las, insistia-se em frisar a falta de solidariedade existente, contribuindo para diminuir a auto-estima das mães. No debate, a forma como os profissionais se fixavam sobretudo nas narrativas que enfatizavam a falta de solidariedade, mostrava como a compreensão do discurso do outro é limitada pelos nossos conceitos e expectativas prévios.

Trouxemos para o grupo a proposta de torná-lo lugar de articulação de apoios entre os participantes. Apesar de todos concordarem, mesmo as mães sabidamente vivendo situações críticas não se dispuseram a confiar ao grupo seus problemas, buscando ali ajuda para eles. Nesses grupos formados pelo Centro de Saúde em torno da distribuição de alimentos, os participantes não tinham o entrosamento suficiente, nem entre si, nem com os profissionais, para assumir a proposta. Não se planeja a solidariedade. É possível cultivá-la, mas ela cresce em ritmo e direção imprevisíveis. Com a frustração dos profissionais diante do fracasso em curto prazo da proposta, que parecia tão coerente e inovadora, cresceu o desânimo e a descrença em relação ao público-alvo do programa.

Novas pequenas frustrações continuavam ocorrendo. À medida que aumentava a aproximação com as famílias, percebeu-se que as crianças desnutridas, apesar de freqüentarem mensalmente o Centro de Saúde, mantinham-se com muitas pequenas doenças, notadamente infecções e parasitoses. As mães alegavam que não as medicavam porque era difícil conseguir fichas para atendimento médico. Decidiu-se, então, marcar consulta médica para todas as crianças desnutridas de segundo e terceiro grau. Mas

a surpresa foi que a maioria dos pais não levou as crianças às consultas marcadas. Trabalhávamos com uma realidade extremamente complexa.

Nesse ambiente de indignação e angústia dos funcionários envolvidos, constantemente realimentado pelo desvendamento progressivo dos meandros da miséria local, e ao mesmo tempo de desânimo por repetidas frustrações diante de pequenas iniciativas de intervenção, foi-se ampliando a repercussão de críticas ao programa por outros profissionais. As maiores críticas provinham de dois profissionais com maior formação sociológica. O programa seria superficial porque não enfrentava os condicionantes estruturais da miséria, voltando-se apenas para o oferecimento de pequenas assistências paliativas localizadas. Afirmava-se ainda que a intervenção nas famílias significava um controle da instituição no modo de vida da população numa busca de enquadrá-las nas normas culturais dos setores dominantes da sociedade. Os integrantes do projeto estariam discutindo publicamente os problemas domésticos encontrados nessas famílias sem ter segurança do tipo de repercussão que esse debate implicaria. Os dois profissionais, apesar do discurso rico em conceitos sociológicos, tinham suas práticas marcadas pela falta de envolvimento em qualquer projeto de trabalho além da rotina mínima exigida pela instituição. Muitas vezes, o radicalismo do discurso é uma forma de esconder indisposição para o trabalho. Sob a alegação de que determinada proposta não resolve a globalidade do problema ou de que as condições ótimas de atuação não estão asseguradas, fecha-se para o enfrentamento de dimensões do problema pertinentes no nível de atuação em que se encontra.

Apesar de todas as dificuldades, o projeto ia delineando-se. Alguns profissionais perderam o medo de andar na favela. A realidade social estava cada vez mais presente nas discussões internas por meio dos casos e situações trazidos pelas visitas domiciliares. As reuniões sobre as análises dos especialistas, gravadas em vídeo, a respeito do caso de Zefinha ajudaram muito. Percebia-se que a fase de visitas às famílias para maior compreensão do problema da desnutrição tinha-se esgotado e que o acompanhamento informal de algumas famílias, já iniciado, tinha de ser organizado e sistematizado. Alguns profissionais irritados com o comportamento de muitos sanitaristas dos órgãos centrais de planejamento, sempre envolvidos em coletas sem-fim de dados que não resultavam em ações consistentes, começaram a temer que o projeto não avançasse. Assim, em reunião realizada após cinco meses do início dessa pesquisa-ação, foram definidas as seguintes propostas de trabalho:

a) identificar as famílias que estão vivendo situações mais radicais de crise a ponto de não conseguir dispensar os cuidados mínimos de saúde aos seus membros e passar a acompanhá-las diretamente com visitas

domiciliares periódicas. O número de famílias acompanhadas ficaria na dependência do número de profissionais e lideranças comunitárias disponíveis para o trabalho;

b) definir uma área bem delimitada da região para começar a atuar de forma continuada e intensiva, em conjunto com as organizações populares locais, para enfrentar seus problemas coletivos de saúde (sobretudo no setor de saneamento). Iniciar-se-ia em uma pequena área para se adquirir experiência, para depois ter condições de ampliar a área de atuação. Para esse trabalho inicial, foi escolhida a Vila Pantanal, em virtude da facilidade de acesso encontrada pela equipe e do apoio das lideranças de sua associação de moradores.

Eram propostas que extrapolavam o programa de combate à desnutrição e por isso precisavam ser debatidas com a equipe de todo o Centro de Saúde. Para ampliar a discussão, foi escrito e divulgado um documento resumindo e justificando as propostas. Excepcionalmente, já estava marcada reunião conjunta com funcionários dos três turnos de trabalho, e o tema foi incluído na pauta. Durante a reunião, foi interessante como as propostas foram defendidas por vários funcionários sem nenhuma alusão ao projeto dessa pesquisa-ação. Sentiam-nas como originárias do trabalho conjunto da equipe do programa de combate à desnutrição. O restante dos funcionários mostrou-se muito simpático às propostas, a ponto de outros dois funcionários de nível superior terem solicitado para ser incluídos na equipe.

Quando a equipe foi escolher entre as famílias já conhecidas, as que estavam em situação de risco mais intenso, constatou-se que seu número era relativamente pequeno tendo em vista o tamanho da população da região. Entre funcionários e estagiários que se dispuseram a participar do trabalho, formaram-se quatro equipes com cerca de três participantes. Para que não ficassem mais do que quatro famílias por equipe e assim fosse possível acompanhamento mais intenso e compatível com as outras responsabilidades profissionais, foram selecionadas inicialmente catorze famílias.

### **3.5.2 O desafio de descobrir o apoio possível diante da multiplicidade de situações familiares de risco**

Entre as famílias selecionadas havia grande diversidade de situações e problemas, exigindo diferentes posturas de inserção e atuação.

A aproximação com a família de Raimunda significou grande desafio para a equipe. Na primeira visita, estranhamente, nenhum vizinho dizia saber onde ficava sua casa. Apenas depois que a equipe se identificou e

anunciou com clareza o objetivo da visita, informaram sua localização. Raimunda despertava preocupação especial de muitos dos profissionais do serviço e de membros populares da Comissão Local de Saúde. Sua família era tida como o protótipo da situação de descuido com a saúde. Raimunda tinha oito filhos vivos e vários filhos falecidos na infância, o que era pouco habitual nessa favela. Há poucos meses perdera outro filho. Apesar dessa situação de saúde precária, utilizava apenas esporadicamente o serviço. A criança mais nova, com dois anos e meio de idade, era desnutrida de segundo grau, mas Raimunda não participava das reuniões dos desnutridos. Segundo seu depoimento a funcionários, o marido não gostava que ela viesse ao Centro de Saúde, pois temia que falasse mal dele. Que mistério haveria nessa família? Comentava-se que o marido, Severino, era ligado a atividades ilícitas. Evitamos investigar essa acusação, já que nossa responsabilidade era cuidar das crianças e qualquer pesquisa mais explícita da situação poderia resultar num fechamento da família.

Chamava atenção o grande número de filhos jovens. Nenhum trabalhava nem estudava, alegando os mais diversos motivos: expulsão da escola, falta de vontade de estudar, ou, no caso das mulheres, a proibição do pai. Numa das primeiras visitas, junto de Severino e seus filhos, havia mais quatro homens assistindo televisão e jogando. Apesar da miséria e desorganização da casa, era um ambiente alegre. A porta da casa de dois cômodos era uma tábua de compensado, que durante o dia ficava jogada de lado. Mas as crianças mais velhas e Severino usavam tênis bonitos e alguns tinham brincos. Os jovens, na ausência do pai, dominavam a cena, brincando e fazendo ironias com a equipe visitante. Humor e ironia são estratégias de resistência cultural e de desconstrução dos padrões estabelecidos (Chauí, 1986:74). Por razões não claramente explícitas, eles se sentiam, mesmo nas primeiras visitas, com poder para enfrentar a equipe. Mas Severino, falante, sempre se mostrava solícito. Sabíamos, no entanto, que não podíamos confiar na sua aparente abertura. Apesar de nos ter prometido pedir à esposa para levar o filho menor para consulta médica, sua filha de doze anos veio, escondida, pedir que viéssemos buscar o irmão em casa porque seu pai não deixaria levá-lo. Essa menina, logo se apegou com extremo afeto aos membros da equipe e passou a ser nossa grande aliada. Ela era quem cuidava do irmão desnutrido. Raimunda, com vários problemas de saúde, até mesmo insuficiência cardíaca, mostrava-se impotente para comandar a família.

Sentíamos certa desorientação de Raimunda no gerenciamento da casa, cujas razões só percebemos mais tarde: Severino tinha uma outra mulher, mais jovem, morando bem próximo dali, na “favelinha do seu Antônio”.

Raimunda temia que Severino trouxesse sua outra mulher para a casa onde morava que, apesar de precária, era muito melhor. Havia disputa entre elas, mas ao mesmo tempo colaboração. Apoiavam-se no cuidado e alimentação dos filhos. Era uma situação que muitos profissionais julgavam absurda, concluindo, então, tratar-se de uma extrema degradação moral. A família de Raimunda e Severino seria desestruturada. Essa percepção de caos e desestruturação tendia a se tornar a explicação mais freqüente para as mazelas de saúde encontradas. Certa vez encontramos Raimunda com unhas feitas e os cabelos pintados e penteados, como se tivesse ido ao salão de beleza. Esses cuidados, naquele corpo pálido e edemaciado, pareceu ridículo e sem sentido à equipe, diante da sujeira e desarranjo de sua casa. Mas refletia sua insegurança e instabilidade diante do casamento, em que a atração sexual era elemento importante.

Percebia-se que no imaginário da equipe havia um modelo correto de família que servia de parâmetro para julgar outras famílias. A família-padrão seria a família nuclear burguesa, constituída na Europa com origem na família patriarcal, com grande influência da moral vitoriana da sociedade inglesa no século XIX e introduzida no Brasil, desde o final do século passado, com o processo de modernização que acompanhou a urbanização e a industrialização. Aceitava-se ainda a família patriarcal extensa de origem ibérica. Mas, numa perspectiva histórica e antropológica, não existe modelo-padrão de organização familiar. Num país constituído por povos e culturas de origens tão diversas, é preciso aceitar a pluralidade das formas de vida familiar. Mesmo os negros trazidos da África vieram de diferentes nações com diferentes modelos de famílias. Havia negros que adotavam a poligamia, como é o caso dos nagôs islamizados. Além disso, as diversas formas de sujeição social, impostas às famílias das classes subalternas, resultaram em reorientações em diferentes sentidos de suas tradições. A própria escravidão, que habitualmente criava separações entre casais e entre pais e filhos, resultou numa superficialização dos vínculos familiares tradicionais desses povos africanos. Muitos elementos culturais adquiridos resistem ao tempo. Mais recentemente, a expulsão do homem do campo pelo processo de modernização da produção agrícola, levando a grandes migrações do campo para a cidade, com constantes separações de famílias, também imprimiu profundas alterações na organização familiar das classes populares (Neder, 1994). Assim, diante de processos culturais tão complexos, é necessário respeitar as diferenças, não as utilizando como justificativas primeiras dos problemas de saúde encontrados. É preciso evitar que se repita algo semelhante ao ocorrido durante a escravidão, quando europeus, ao se aproximarem das senzalas, se espantavam com o que chamavam de intensa promiscuidade sexual do

negros e concluíam que eram seres não humanos (Slenes, 1988), justificando assim o manejo autoritário e violento dessa mão-de-obra. Além de desconsiderarem as diferenças culturais, esqueciam-se da violenta destruição dos vínculos afetivos e morais dos negros imposta pela escravidão instaurada pelos próprios europeus. A família de Raimunda e Severino tinha problemas importantes, mas nossa atuação devia centrar-se nos cuidados e no apoio educativos de seus membros, o que exigia sua valorização, por mais que seus caminhos nos parecessem estranhos.

Percebemos que era ilusão esperar que tratassem de suas parasitoses e infecções corriqueiras mediante consultas no Centro de Saúde. Primeiramente, fizemos tratamento das parasitoses intestinais e da anemia ferropriva. Nossa amiga de doze anos foi novamente uma grande aliada, gerenciando a distribuição das doses entre os irmãos, informando quem estava tomando os medicamentos corretamente e quem precisava de sulfato ferroso pelo hábito de comer terra. A entrega de medicamentos em casa resultava em grande abertura da família, chamando para a equipe a respeitabilidade da medicina e diferenciando-a mais claramente do grande número de pessoas (patrões, políticos locais, lideranças comunitárias, agentes das igrejas, membros de entidades filantrópicas) que se aproximavam esporadicamente dos pobres levando conselhos e normas de conduta. Mas, ao nos tornarmos fontes potenciais de recursos materiais valorizados, passávamos a ter menor acesso às suas franquezas, pois projetavam em nós a atitude habitual das entidades filantrópicas, que regulam os benefícios distribuídos de acordo com a correspondência a expectativas consideradas corretas de conduta para os pobres.

Posteriormente, os filhos de Raimunda reclamaram de grande infestação de piolhos. Dessa vez a auxiliar de enfermagem da equipe disse: “eu trago os remédios para vocês na próxima semana, mas quero ver a casa limpa e arrumada”. No dia marcado, surpreendemos-nos com o estado de arrumação da casa.

Eu, que me sentira inicialmente constrangido com a atitude da auxiliar de enfermagem, temendo estarmos sendo autoritários e normatizadores, percebi que sua cobrança havia sido apenas uma enunciação mais clara de uma expectativa da equipe, que já vinha sendo manifesta, de forma implícita. Não há como não assumir a defesa de padrões de cuidado higiênico considerados fundamentais pela ciência. Que essa defesa seja explícita, até mesmo para facilitar a discordância. Como profissionais de saúde, estávamos revestidos de um poder que dava peso especial às nossas palavras, tornando assimétrico o diálogo estabelecido. Mas, especialmente porque esse diálogo acontecia no lugar de sua moradia, eles também tinham poder, expresso no nosso medo da alardeada violência dos



pobres urbanos e nas infinitas possibilidades que tinham de dissimulação e anúncio de desprazer com nossas visitas. Mas a simpatia pela nossa presença aumentava, como querendo dizer que nossas cobranças correspondiam também aos seus valores e que nosso poder estava atuando para ordenar uma situação que também os incomodava. Era a instituição agindo como pai. Respeito cultural não é negar nossa palavra forte, mas estar atento às resistências mais tímidas, tentando investigar-lhe os significados. Esconder ou expressar de forma dissimulada nossas crenças e expectativas termina tornando confusas as relações com a população. Há, ainda, diferença entre guiar-se pela lógica do interesse popular e submeter-se, de forma imediata, às várias expressões e demandas de indivíduos e grupos populares. Interesses particulares podem chocar-se com interesses mais gerais da população. Mas o interesse popular é complexo, capaz de apontar para direções surpreendentes e até opostas à nossa leitura inicial. Por isso é preciso estar atento e criar canais de diálogo, especialmente com as organizações populares locais. Mas não deixar de atuar, até se contrapondo a atitudes e discursos de alguns grupos e pessoas do meio popular.



Sentíamos que nosso contato direto com Severino ia aos poucos fazendo com que ele perdesse o temor diante da aproximação dos filhos com o Centro de Saúde. Eles começaram a vir ao serviço com maior frequência, mas sempre de forma irregular. Foi muito importante a participação de Severino no vídeo sobre o problema dos ratos e do lixo no Aglomerado Morro das Pedras, utilizado nos grupos de desnutridos. Ele ficou extremamente orgulhoso por se sentir valorizado como porta-voz da comunidade, o que pôde ter ajudado a desconstruir sua imagem de malandro e mau-elemento na região. Mas não foi fácil para a equipe continuar insistindo em se aproximar de sua família, sabendo de suas freqüentes proibições à vinda dos filhos. Havia grande temor de sofrermos reação violenta. Mas, driblando os bloqueios e nos aproximando, íamos esvaziando esses temores. Por trás da violência veladamente anunciada, descobrimos pessoas com afetos, carências e gratidão.

A outra mulher de Severino logo se tornaria também fonte de preocupações. Já a conhecíamos por morar próximo à casa de Alberto e Diva. Apesar de freqüentemente depararmos com seus filhos visivelmente desnutridos, não despertara ainda nossa atenção especial. Seus filhos não estavam inscritos no programa de combate à desnutrição. Certa vez, visitando Alberto e Diva, eles nos informaram que havia uma criança passando muito mal ali perto. Fomos ver e descobrimos ser o filho mais novo de Severino com sua segunda companheira. Ela tinha cinco filhos, sendo quatro de Severino. Tinha começado a trabalhar e havia conseguido três

vagas na creche comunitária local para os filhos com idade intermediária. Tirara Rosana, a filha mais velha (onze anos de idade) do emprego de babá para que ficasse tomando conta de Alcina, a filha mais nova (onze meses). Alcina, bastante prostrada, estava com otite média aguda, que havia supurado bilateralmente havia três dias. Levada à consulta médica, recebera um frasco de antibiótico. Mas o frasco estava intato, o que Rosana não sabia explicar. Possivelmente, sua mãe não lhe dera instruções de como utilizá-lo. Perguntamos como estava preparando a alimentação de Alcina e ela nos mostrou uma mamadeira de chá. Sua mãe tinha saído às 7 horas da manhã e só voltaria no início da noite e não tinha deixado leite, nem outros alimentos para Alcina. Ficamos abismados. Não foi difícil conseguir uma caneca de leite na vizinhança. Os vizinhos já estavam preocupados com a situação, mas temiam interferir e serem malvistas pelos pais, já que Severino impunha medo na vizinhança. Ao assumirmos a iniciativa da interferência, dávamos cobertura ao apoio dos vizinhos. Na vizinhança existem redes de solidariedade, mas que muitas vezes estão bloqueadas por mal-entendidos, intrigas e pequenos conflitos. Íamos descobrindo que o profissional de saúde pode ter papel no acionamento e fortalecimento dessas redes.

Voltamos três dias depois e encontramos Alcina um pouco melhor. Seus pais tinham comprado uma lata de leite em pó. Apesar de não termos, na época, tido nenhum contato com os pais, nossa presença chamava atenção para aspectos da vida privada familiar implicados nos problemas de saúde (no caso, a falta de alimentos para Alcina), impedindo sua desconsideração pelos responsáveis. Nosso olhar sobre negligências escondidas da família, ao representar para eles o olhar da sociedade, tinha poder de pressão, mesmo que não tivéssemos nenhum poder legal de interferência.

Quando pedimos a Rosana para explicar como estava dando a medicação, constatamos que ela estava sendo ministrada de forma totalmente aleatória. Também preparava a mamadeira com o leite em pó sem cuidados de higiene e com diluição extrema. Dois membros da equipe perderam, então, a paciência e começaram a esbravejar sobre o absurdo da situação. Rosana, assustada, encolheu-se e os olhos encheram-se de lágrimas. Na verdade ela também era vítima da situação. Tinha sido tirada, contra a vontade, da casa onde estava trabalhando, estudando e vivendo com algum conforto para ter de ficar ali, naquele quatinho minúsculo, o dia todo, ao lado da irmã sem condições de cuidar dela, nem de se distrair. O trabalho com famílias passa necessariamente pela valorização e apoio de seus membros. Ressaltando os elementos positivos, se anima e se constroem parcerias. Durante seis dias na semana, doze horas por dia,



Rosana era a família de Alcina. Aqueles dois profissionais sabiam de tudo isso, mas a tradição introjetada de manejo autoritário dos membros das classes subalternas presente na medicina era mais forte que as sutis mensagens de socorro enviados pelo olhar assustado de Rosana.

Percebendo o constrangimento de Rosana, desviei o assunto e, algum tempo depois, propus fazermos uma demonstração de como se preparava a mamadeira e de como se ministrava o medicamento. Os dois profissionais, que tinham perdido a paciência com Rosana, tiveram grande dificuldade em preparar corretamente a mamadeira e dosar o medicamento com os recursos disponíveis na casa. Onde estava a pia, a escovinha de lavar mamadeira, o funil para despejar o leite em pó na mamadeira e a colher-medida para dosar o remédio? E a água filtrada para diluir o leite? E quantos gramas de leite em pó deve conter essa colher que parece ser de sopa? Como fazer para guardar e conservar o leite que sobrou, se não há geladeira? A evidente falta de habilidade da equipe em lidar na prática com esses utensílios ajudou a descontrair o rosto de Rosana. Foi importante a ajuda de uma vizinha que nos acompanhava, mais habilitada no manejo doméstico com os precários utensílios da cozinha popular. Infelizmente, os profissionais de saúde, quando estão inseguros diante da clientela tendem a ficar mais ríspidos, perdendo a oportunidade de frisar o valor da parceria e da troca de saberes. As visitas domiciliares iam evidenciando a distância entre as técnicas do cuidado em saúde dos profissionais e as condições de vida dos subalternos. O trabalho de saúde no nível comunitário exige não apenas preparo em metodologias educativas, mas também aprendizado de novas técnicas de cuidado da saúde.

Quantas complicações encontramos por trás do tratamento dessa otite, problema médico considerado tão simples pelos que vêm a assistência à saúde apenas no âmbito dos consultórios!

Outra família que despertou grande atenção da equipe foi a de Tininha. Gestante e mãe de vários filhos desnutridos, sua casa despertara reação especial entre os profissionais. No minúsculo quintal, onde brincavam as crianças eram também criados cavalos, cachorros, gatos, coelhos e galinhas. Fezes e moscas cobriam o chão, causando também muitas reclamações de vizinhos. As crianças viviam acometidas por infecções dermatológicas. As repetidas visitas da equipe resultaram em significativa melhoria da situação. Criou-se uma relação de confiança entre alguns profissionais e Tininha. Mas o entrosamento tinha limites. Em uma visita, conversamos sobre seu pré-natal e a consulta médica marcada para um dos filhos e comentamos a melhoria da situação de higiene do quintal. Tininha pareceu-nos tranqüila. Fomos então conversar com sua vizinha e ficamos sabendo do drama vivido pela família naquela noite. Tininha



encontrara o marido deitado com outra vizinha. A briga, com gritos e tapas, arrastou-se por toda a madrugada.

A família é o local privilegiado de vivência da intimidade, de catarse, às vezes violenta, das frustrações, desejos e ilusões. É o espaço livre para a manifestação desses sentimentos e portanto marcado pela afeição e pelo conflito. Nas classes subalternas, a precariedade das condições materiais e as constantes agressões morais e humilhações recebidas socialmente ajudam a corroer a solidariedade entre seus membros. Muitos problemas acirram as disputas: a falta de espaço individualizado para cada um, a ausência de lugar para guardar com segurança objetos pessoais, a inexistência de privacidade para viver afetos e sexualidades e a disponibilidade de alimentos e vestimentas menor do que a fome e o frio; há ainda o esgoto de uma casa invadindo a vizinhança, as brigas que logo se tornam coletivas, a presença constante de olhares acompanhando os momentos de cuidado com o corpo. Porque se apanha da vida, bate-se na esposa, filho e irmão. Os freqüentes atos de violência familiar assustavam a equipe, sobretudo porque eram diferentes dos vividos em suas famílias de classe média, na qual a violência é mais sutil, mais expressa por mecanismos psicológicos e simbólicos. É preciso relativizar a violência familiar das classes populares, entendendo seu contexto afetivo diferente (Carvalho, 1994; Takashima, 1994). Atos de violência inaceitáveis para os técnicos eram, muitas vezes, logo acompanhados de manifestações de grande afeto.

Alguns profissionais, imaginando o sofrimento de Tininha naquela madrugada, voltaram para sua casa, querendo manifestar sua solidariedade. Tininha vira sua vizinha nos contando seu drama, mas não quis tocar no assunto. Continuou orientando a conversa para os temas de saúde habituais, acenando para os limites de nossa entrada em sua vida pessoal. Apesar dos conflitos, queria continuar casada e não queria tornar ainda mais público seu problema conjugal.

O miserável, com sua carência gritante, possibilita ao técnico oportunidade de sair da solidão que marca a vida do cidadão contemporâneo. Ao não conseguir conter a manifestação de sua fragilidade, rompe com a máscara usual de auto-suficiência e de proteção da individualidade e, ao se abrir para ser ajudado, permite a aproximação afetiva do outro. Ajudando, o técnico sai da superficialidade das relações sociais que dominam as relações fora do mundo familiar e dos restritos grupos de amizade. Essa é uma das motivações dos profissionais de saúde para o trabalho comunitário. A possibilidade de acesso aos mistérios e afetos do outro, o carente, excita o profissional. A colocação de limites nesse acesso, pelo pobre, frustra o desejo do técnico. Mas, para Tininha, antes de amigos, nós éra-

mos representantes do Estado, com toda a sua tradição de controle social. Esse nosso revestimento institucional, se de um lado nos possibilitava estar ali, por outro lado, limitava a intensidade do nosso acesso. Se de um lado dava força transformadora à nossa palavra, de outro tornava-a pesada demais para tratar de questões mais íntimas. Diferentemente do consultório, aonde muitas vezes os pacientes vão para falar de seus problemas íntimos, mas segundo suas próprias iniciativas e no momento que desejam, ali eram os profissionais quem estabeleciam o momento e frequência dos encontros. Diferentemente do atendimento no Centro de Saúde, os profissionais, visitando o paciente em sua casa, têm acesso a dimensões de sua vida que estão fora do seu controle, necessitando, portanto, de interdições mais explícitas para não criarem constrangimentos. Nesse contexto de vergonha pela exposição intensa de suas mazelas propiciado pelas visitas domiciliares, podia-se entender muitas das pequenas mentiras que nos contavam sobre aspectos de suas vidas como forma de amenizar os julgamentos que imaginavam estarmos fazendo a seu respeito. Íamos aprendendo a lidar com nossas frustrações e a respeitar os limites, postos pelas famílias, de acesso a sua privacidade.

Acompanhando as diversas famílias selecionadas pelo programa, a equipe ia delineando os caminhos metodológicos deste trabalho. Eram muito importantes os momentos informais de conversa entre os profissionais no caminho de volta das visitas e no cafezinho que se tomava para relaxar, quando se chegava ao Centro de Saúde. Nessas conversas informais trocavam-se vivências, percepções e se socializavam os aprendizados. Mas muitos desses aprendizados não estavam ainda explícitos na época.

### **3.5.3 Em busca de uma metodologia de enfrentamento das perturbações afetivas trazidas pela convivência com a miséria**

Mais que as outras atividades habituais do Centro de Saúde, as visitas domiciliares expunham os profissionais a emoções, temores e situações de impasse que geravam ansiedade e exigiam pausas e conversas para um reordenamento interior. Marcados e invadidos pelo fluxo de sentimentos e fatos novos, os profissionais eram tomados por um desassossego, em que lembranças reverberam e ressoam além do campo de domínio da consciência, disparando um processo de mudança e de criação em que o pensamento e as idéias vêm depois. O espaço de conversa informal entre os membros da equipe, na falta de outros espaços educativos e reflexivos mais elaborados, era o local de trabalhar coletivamente o pensamento a partir do estranhamento e análise das marcas e perturbações resultantes das visitas. Esses espaços eram importantes para que o desas-

sossego vivido não se tornasse de tal forma perturbador, a ponto de exigir a criação de alienações, defesas e fechamentos para a troca de sentimentos e informações com as famílias. Na falta de outros espaços e de treinamento anterior dos profissionais para lidar de forma criativa com esse desassossego, as tentativas de acelerar o ritmo das visitas acabavam em um certo distanciamento dos profissionais. O alargamento da abordagem dos problemas de saúde tem um custo institucional. Não basta apenas despertar ou permitir uma nova vontade nos profissionais. Implica criação de espaços educativos e reflexivos na instituição, bem como uma reorientação de sua rotina de trabalho, que se preocupe também com a sobrecarga emocional do trabalhador de saúde com essa nova postura. É ainda necessário criar novas estratégias de apoio aos funcionários que superem a tradição educativa centrada em treinamentos cujo eixo é o repasse de informações.

Nesse sentido, para mim foi importante o suporte propiciado pelo ato de escrever o diário de campo após cada visita. Ele era muito mais do que obrigação de pesquisador. Escrevendo e cultivando momentos de silêncio, marcas e vivências deixadas de forma latente pelos contatos se atualizavam e proliferavam. A escrita num ambiente de silêncio, trazendo notícias das marcas, é como um escafandro que possibilita mergulhar no estranhamento com mais coragem e rigor. As palavras, que se encontram nesse processo, tornam mais precisas sutilezas que só existiam na ordem do impalpável. É no processo da escrita que o pensamento atinge sua maior capacidade de elaboração e sistematização. A escrita *trata* as vivências, que sendo demasiadamente fortes, ferem e causam uma espécie de intoxicação: ódios, ressentimentos, mágoas e frustrações. A escrita, ao penetrar nessas marcas-feridas, permite o pensamento trabalhá-las, anulando seu “veneno”. Dessa forma, o escrever é um instrumento de aperfeiçoamento das práticas de saúde que, ao serem alargadas, expõem o profissional a uma carga afetiva muito intensa e perturbadora. É uma estratégia de convivência criativa com o sofrimento e a miséria, tão intensamente presentes no cotidiano do profissional de saúde. Há uma frase de Fernando Pessoa no seu *Livro do Desassossego* que explicita bem tal processo: “[...] alegria da acuidade das sensações, ainda que sejam de tristeza...” (apud Rolnik, 1993).

### 3.5.4 Dificuldades na consolidação do acompanhamento às famílias

O acompanhamento às famílias tornou-se tema central no Centro de Saúde. Profissionais que não participavam procuravam inteirar-se e freqüentemente elogiavam a iniciativa. A afirmação habitual de que os pro-

fissionais de saúde dos serviços públicos são uniformemente alienados dos problemas sociais e apenas cumprem a rotina mínima de trabalho exigido, não se confirmava ali. Um médico até afirmou:

“Eu sempre tive vontade de fazer um trabalho mais social, mas sempre fui impedido. Nas instituições, a única cobrança que se faz sobre o médico é sobre o número de consultas realizadas por mês. Os administradores deixam você desenvolver outras atividades, contanto que não diminua sua produtividade e nem cause mudança da rotina dos outros funcionários. Estas outras atividades ficam sendo como uma caridade que se faz. São simpáticos a elas, mas não contam. Quero ver por quanto tempo vão continuar liberando a gente das consultas, uma vez por semana, para este trabalho...”

Mas a adesão não era geral. Alguns funcionários simplesmente não se interessavam. Outros faziam críticas, observando que o projeto estaria privilegiando o atendimento de algumas poucas famílias em detrimento da clientela que enfrentava filas para conseguir fichas para consulta. Na própria equipe havia muitas dificuldades. A revolta e o desânimo com a aparente apatia dos pobres diante de seus problemas de saúde, ou com as dificuldades iniciais de acesso postas pelas próprias famílias continuavam reaparecendo em ciclos intermitentes. Alguns profissionais que tinham aderido ao programa não assumiam as tarefas planejadas. Havia repetidos atritos com a coordenadora do programa, acusada de ser autoritária na relação com os funcionários sem curso superior. Mesmo com tais dificuldades, o programa ia estruturando-se, apesar de a realidade institucional ir impondo limites e redirecionamentos.

Em reunião da Comissão Local de Saúde, a representante da população que mais se entusiasmara com o programa veio contar a situação de uma das famílias que visitara. Foi imediatamente criticada por uma funcionária de nível superior presente, pois não seria ético comentar detalhes da vida particular de uma família visitada numa atividade profissional em reunião aberta ao público. O debate sobre a questão se polarizou, tornando-se bastante agressivo. Os representantes populares ficaram extremamente magoados com a forma como foram criticados e resolveram não participar mais das visitas. Na verdade, eles percebiam que a discussão fora manifestação de uma resistência mais ampla e não explícita que eles vinham encontrando para o trabalho conjunto. A profissional, cuja crítica desencadeara a discussão, alegou que queria apenas discutir uma questão que achava importante para o aperfeiçoamento do programa. De fato, o manejo ético das informações obtidas nas visitas precisava ser debatido.

Nas consultas individuais, o controle das informações privadas é muito maior do que no trabalho em grupo, sobretudo se ele é aberto a membros da comunidade. Mas por que manifestar sua crítica justamente no primeiro momento em que um membro da comunidade tomava iniciativa de trazer informações de uma visita? Vários profissionais já tinham feito comentários semelhantes e ninguém tinha criticado. Por razões possivelmente inconscientes, a motivação e a ousadia para a crítica surgiram justamente quando os participantes com menor poder na Comissão Local estavam manifestando-se. Por outro lado, a insegurança dos representantes da população em participar de práticas de saúde vistas como restritas aos “doutores”, os tornava frágeis para os conflitos inerentes a elas. Na sua insegurança, melindravam-se com facilidade. A partir dessa época, o programa passou a contar apenas com a colaboração esporádica e as sugestões dos moradores integrantes da Comissão Local de Saúde. A participação mais intensa de moradores em atividades conjuntas com os profissionais de saúde pressupõe a criação de uma cultura de participação, o que é um processo demorado. Posturas, conhecimentos, mecanismos psicológicos, formas institucionais de organização, legislações, aparelhos políticos e conquista de aceitação na sociedade necessários a uma plena participação popular na luta pela saúde não são uma construção possível em localidades isoladas ou por alguns poucos iluminados; dependem de uma construção coletiva ao longo da história.

Outro grande limite no aperfeiçoamento do programa era a dificuldade que a equipe tinha de fazer das visitas um trabalho sistemático e planejado. Percebia-se claramente, durante as visitas, a falta de informações mais precisas sobre os membros da família: nome, idade, patologias anteriores, tratamentos já feitos, evolução de peso, etc. Isso exigia consulta anterior ao arquivo do Centro de Saúde que geralmente não era feita. Além disso, à medida que as visitas se sucediam e diferentes profissionais tomavam iniciativas, não se tinha mais controle do que já havia sido feito e muitos fatos importantes já detectados iam sendo esquecidos. Em nossas reuniões, sempre programávamos fazer anotações de cada visita, pensando em criar um prontuário para cada família acompanhada. Essas anotações, no entanto, raramente eram feitas. Notava-se que, quando elas eram realizadas, possibilitavam momentos importantes de reflexão e de planejamento. Com tal falta de sistematização, as visitas tendiam a se reger pela espontaneidade, perdendo consistência. Mesmo as reuniões de avaliação, troca de experiência e delineamento de novas diretrizes eram irregulares, tornando os encontros informais na cantina ou na volta das visitas o eixo de discussão e aperfeiçoamento do programa.

Essa informalidade refletia a falta de infra-estrutura administrativa. As

vistas iniciaram-se como uma atividade nascida de um processo informal de discussão na equipe do programa de combate à desnutrição. As descobertas, realizadas durante esse processo de pesquisa-ação, foram alargando e tornando mais complexas as atividades iniciais. Novos profissionais aderiram ao projeto. Ia tornando evidente a necessidade de se criar estrutura mais sólida de coordenação, treinamento e apoio material, demandando maior disponibilidade de recursos humanos e, portanto, uma decisão da instituição em levar a proposta adiante. Várias tentativas realizadas com essa finalidade não se concretizaram, causando esmorecimentos nos profissionais envolvidos no programa que se esboçava.

### **3.5.5 Problemas muito profundos para serem “curados”, mas não para serem cuidados**

Em fevereiro de 1995, cinco meses após o início desta pesquisa-ação, realizou-se em Belo Horizonte a 1.ª Jornada Mineira de Orientação e Apoio Sócio-Familiar, organizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Associação Feminina de Assistência Social. Foi surpreendente e gratificante constatar que a estratégia apontada pela pesquisa no Aglomerado Morro das Pedras coincidia com uma das prioridades do Unicef para a reorientação das políticas sociais na América Latina. O ano de início da pesquisa, 1994, fora declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Família. Segundo a Diretora Regional do Unicef para a América Latina e Caribe, Marta Maurás, e o seu representante no Brasil, Agop Kayayan:

A promoção e o apoio às famílias, sobretudo àquelas em situação mais vulnerável, e o reconhecimento das mesmas enquanto agente social ativo e objeto de políticas públicas, constituem-se em fatores decisivos na busca dos objetivos prioritários do desenvolvimento humano, tais como a eliminação da pobreza, o acesso à saúde, a educação e a alimentação, a erradicação da trabalho infantil, a promoção da igualdade entre gêneros e a proteção integral a seus membros, das crianças aos mais idosos (Kaloustian, 1994:9).

A partir deste encontro, a equipe do programa de combate à desnutrição do Centro de Saúde passou a ter acesso a textos e referências bibliográficas sobre o acompanhamento a famílias em situação de risco. Foram realizadas reuniões para apresentação e debate de vídeos com as principais palestras da Jornada. Deixei textos sobre o tema à disposição dos interessados. Nem o debate do vídeo, nem os textos despertaram grande

interesse dos funcionários. Suas preocupações teóricas, em geral, estão muito voltadas para problemas mais imediatos suscitados pela prática cotidiana, tendo dificuldade para se envolverem em discussões mais abstratas. Além disso, o vídeo não é um recurso apropriado para a divulgação de palestras demoradas. Assim, as reflexões desenvolvidas a partir da Jornada difundiram-se na equipe sobretudo mediante conversas informais durante a nossa convivência no Centro de Saúde. O treinamento de trabalhadores de saúde muito envolvidos nas urgências do cotidiano exige instrumentos educativos construídos em conexão com suas angústias mais imediatas, dificultando a utilização de materiais produzidos em outros contextos. O educador é também um mediador entre os saberes acadêmicos e a construção local do conhecimento necessário à dinamização da assistência à saúde. Essa mediação exige recursos humanos disponíveis para um trabalho organizado e sistemático. A formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos dos serviços locais de saúde não é algo espontâneo e gratuito.

No processo de aproximação e acompanhamento das crianças desnutridas pelo C. S. Vila Leonina fomos descobrindo o que depois constatamos ser o princípio norteador do Ano Internacional da Família — 1994:

[...] a família como instrumento essencial de preservação, transmissão de valores culturais, instituição que educa, forma e motiva o homem e merece uma atenção especial de proteção e assistência (Takashima, 1994:77-8).

O âmbito familiar é o lugar onde acontecem e se administram os cuidados básicos com o corpo, ocupando, portanto, papel central na formação e preservação biológica dos indivíduos. É também onde se transmitem os ensinamentos mais fundamentais para o convívio social. Mais ainda: sendo lugar privilegiado de vivência do afeto, da intimidade e propiciando o sentimento de pertencimento, tem papel fundamental na formação da identidade do indivíduo e na construção da noção de cidadania na sociedade. Mesmos entre os mais miseráveis do Aglomerado Morro das Pedras, a família mostrou-se como eixo central de sobrevivência e preservação do mínimo de dignidade e felicidade.

Apesar da expectativa aparentemente dominante na sociedade de que o trabalho dos serviços de saúde se concentre na preservação biológica dos indivíduos, percebemos que não tinha sentido restringir o acompanhamento e o apoio às famílias, atendo-nos apenas aos cuidados de higiene, mudança de comportamentos prejudiciais à saúde, tratamento e prevenção de doenças, saneamento, etc. Esses aspectos, diretamente vincula-

dos à prática tradicional de saúde, mostraram-se, na maioria das vezes, como campos de manifestação de problemas decorrentes de dimensões psicossociais mais gerais. Além disso, atuar apenas para alongar a sobrevivência biológica é um objetivo muito limitado. Sobreviver é pouco. Uma atuação voltada de forma restrita ao biológico tem sentido em uma racionalidade econômica capitalista que se interessa essencialmente pela reprodução da força de trabalho de forma que assegure o controle das faltas no emprego, a capacidade produtiva do operário e a manutenção de ampla reserva de trabalhadores disponíveis para não permitir elevação de salários. Interessa também às forças políticas dominantes, ansiosas por divulgar a melhoria dos indicadores de saúde conseguida com os limitados recursos que põem à disposição das políticas sociais. Assim, o trabalho de acompanhamento às famílias vivendo situações especiais de risco pelo C. S. Vila Leonina se punha, se bem que nem sempre muito claramente, numa perspectiva de não se restringir ao controle de problemas de saúde específicos, mas buscando apoiar a luta desses moradores pela vida, entendida de forma mais ampla. Nesse sentido, o cuidado com as crianças desnutridas passou a ser uma estratégia de aproximação da família e de resgate do gosto e o carinho pela vida, importantes tanto para a criança como para os pais. A melhora da saúde de uma criança promove a elevação da auto-estima de toda a família, recompondo parte do sonho de um futuro melhor, no qual os filhos são centrais. A saúde, alegria e criatividade dos filhos altera a identidade dos pais.

Apoiar a luta da família pela vida: esse objetivo aparentemente simples era sempre ameaçado pelo estranhamento e até rejeição dos profissionais aos caminhos escolhidos pelos moradores do Aglomerado. Marcados pelo preconceito, muitas vezes nós não tínhamos paciência para buscar entender a lógica desses caminhos diferentes. Não se pode contribuir para que os membros de uma família assumam sua caminhada para serem sujeitos ativos de suas vidas e da história da sociedade, se os tratamos de forma desprezível e autoritária como se detivéssemos o conhecimento do melhor caminho para eles. Nós, profissionais preocupados em apoiar a luta das famílias pela vida, debatíamos sempre entre estes dois pólos: o desprezo e o respeito às manifestações concretas de suas escolhas.

Ao lado da desnutrição, verminose, anemia ferropriva e infecções dermatológicas, respiratórias ou urinárias encontrávamos alcoolismo, conflito conjugal, desemprego, doença mental, perseguição da polícia, briga entre quadrilhas, desânimo com a vida, salário insuficiente, condição de moradia desumana, falta de saneamento, rejeição social e tantos outros problemas psicossociais que estavam muito além da capacidade da equipe de saúde. Mas percebemos que, à medida que íamos abordando problemas

específicos de saúde, dimensões mais gerais desses problemas iam manifestando-se e quase sempre tínhamos alguma contribuição a oferecer. No Centro de Saúde, essa metodologia foi denominada pela expressão popular “mingau quente se toma pelas beiradas”. Atuando de forma sistemática e persistente sobre as manifestações periféricas dos problemas mais gerais, era possível perceber significativa influência sobre dimensões mais centrais dos problemas familiares.

Os problemas daquelas famílias, possivelmente as mais miseráveis entre as existentes na favela, eram muito profundos para serem “curados”, mas não para serem cuidados. Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família. Cuida-se dessas famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares. O apoio familiar não pode ser um último teste para essa família se tornar operativa, mas espaço de vida a mais no qual lhe propiciamos alguns novos suportes que possa utilizar para recompor seu próprio caminho de vida. Fazer-se responsável por membros incapazes de iniciativas próprias e em crise de uma família é evitar seu abandono em nome de uma propalada liberdade que as pessoas teriam para até mesmo não querer cuidar de sua saúde ou da de seus dependentes sem deixar, no entanto, de respeitar suas diretrizes de vida.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> A consolidação do capitalismo acompanhou-se, no modo de pensar dominante na sociedade, de uma valorização da liberdade e da iniciativa individual como elementos centrais na construção do progresso e do bem-estar social. Segundo esse pensamento, a proteção estatal para a pobreza termina por resultar em apatia, dependência e, conseqüentemente, prejudicaria o desenvolvimento da sociedade. A luta individual por interesses privados seria a base do progresso, na medida em que dinamiza a concorrência. Assim, a desigualdade social não seria algo a ser superada artificialmente pela intervenção estatal, pois ela seria o motor do progresso na medida em que pune os inoperantes e premia os criativos e empreendedores. Esta visão tem justificado o desinteresse da sociedade em apoiar famílias semelhantes às que foram acompanhadas nesta pesquisa, o que vem, no entanto, sendo parcialmente quebrado pelo aumento das perturbações da criminalidade urbana na vida da elite.

O trabalho com famílias em situação de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, feito de tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990:33-5).

O eixo deste trabalho é a educação (Takashima, 1994). Mas uma educação na perspectiva sintetizada por Paulo Freire que se centra no reconhecimento e valorização do potencial humano para a criatividade e a liberdade mesmo no interior de estruturas político-econômico-culturais opressoras. No processo educativo em que as pessoas atingem a compreensão, tanto da realidade cultural em que estão inseridos como da capacidade que têm para transformá-la, vão-se descobrindo e adotando formas alternativas e libertadoras de relação social bem como novas formas de organização da vida social, institucional e política (Gerhardt, 1996:168).

Responsabilizar-se por essas famílias em situação de risco não significa necessariamente a ampliação da intervenção estatal na vida social de forma que aumente seu controle, agora, até mesmo sobre as famílias que na perspectiva capitalista parecem ser as mais resistentes à lógica de progresso e modernidade. A experiência no Aglomerado Morro das Pedras aponta para uma nova possibilidade de intervenção dos serviços de saúde que, ao contrário de ampliar a passividade da sociedade diante de um Estado autoritário que tenta prover as necessidades sociais por meio de intervenções burocratizadas e normatizadoras guiadas pela lógica cultural dos grupos dominantes, busca apoiar as redes de solidariedade social existentes em torno dessas famílias, procurando melhor articulá-las mediante enfrentamento de mal-entendidos bloqueadores de sua plena operacionalização.

Nesse sentido, Sposati<sup>7</sup> citada por Carvalho (1994b:96-7) identifica três níveis da rede de solidariedade social existente nas classes populares, que podem constituir importantes referências para o trabalho de dinamização dos apoios às famílias em situação de risco:

*a) A SOLIDARIEDADE PARENTAL E CONTERRÂNEA.* A família nuclear, composta dos pais e filhos, geralmente se articula com a rede de parentes e conterrâneos, criando vínculos e sistemas de troca. É uma comunidade cuja identidade é marcada pela carência, sangue e terra natal. No entanto, atritos podem isolar determinada família desta rede;

*b) A SOLIDARIEDADE APADRINHADA.* Um ou mais membros da família do trabalhador mantém laços mais próximos com as classes média e alta,

---

<sup>7</sup> Pesquisa “Os padrões de reprodução social na Sociedade Providência”, realizada em 1990 sob a coordenação da professora Aldaíza Sposati (PUC-SP).

como empregados domésticos, porteiros de prédios, jardineiros, etc. Esse vínculo assegura um canal de doação de roupas, remédios, eletrodomésticos, móveis e outros utensílios, fundamental na composição do consumo das famílias em situação de pobreza. Observa-se aqui um processo de usufruto de bens de consumo de segunda ou terceira mão. Muitas vezes essa rede de solidariedade é bloqueada por desconfianças de que determinada família não merece ajuda por comportamentos despropositados de seus membros que, no entanto, fazem parte do quadro de crise em que estão. O apoio da equipe de saúde pode dar legitimidade às suas solicitações, reintegrando-a nessa rede;

c) A SOLIDARIEDADE MISSIONÁRIA. As várias igrejas e suas entidades filantrópicas (com destaque para a Sociedade São Vicente de Paula, silenciosamente presente nos diversos recantos do país), representam no mundo popular importante suporte espiritual, material, educativo e até mesmo emocional. Significam locais de convivência, lazer e assistência social e podem representar importantes canais de organização para a conquista de direitos. Em geral, essas entidades religiosas sentem-se prestigiadas em serem procuradas pelo serviço de saúde para discussão de situações especiais de saúde de membros de sua clientela-alvo, o que pode ter o efeito de chamar atenção para eles, redirecionando sua rede de solidariedade;

d) Acrescentaríamos, ao esquema de Sposati, A SOLIDARIEDADE ASSOCIATIVA. De origem mais recente, existe hoje grande variedade de organizações de cunho reivindicativo e cultural no meio popular que, muitas vezes, assume importante papel no apoio a grupos mais vulneráveis de uma comunidade. São importantes no processo de aprendizado da dimensão coletiva dos problemas específicos de cada família, transformando carências individuais em direitos sociais. Participando dessas organizações, os moradores passam a se reconhecer e a se treinar como sujeitos ativos na esfera pública, ajudando a recompor sua dignidade e sua identidade cultural pela autopercepção realista de suas próprias características, potenciais e limitações e superando, assim, falsas identidades autorgadas de fora (Evers, 1984). Os serviços de saúde já têm maior tradição de relacionamento com essas organizações, notadamente por intermédio das comissões locais de saúde, mas de forma, quase sempre, voltada para as necessidades do seu próprio gerenciamento.



Cuidar de famílias em situação de risco mostrou ser também um ato transformador da própria instituição de saúde. Estender o atendimento do Centro de Saúde para além dos limites de seu prédio resultou no acesso a

informações sobre a dinâmica de vida e de adoecimento daquela população que foram difundidas para outros profissionais. Transformou-se ainda em questionamentos a condutas antes rotineiras, além de possibilitar o contato e o envolvimento de outros atores sociais presentes na região mas até então desconhecidos pelo Centro de Saúde. Alimentou o ânimo e a criatividade de vários profissionais, ajudando a transformar dificuldades em desafios.

Sair para a comunidade cria problemas internos no Centro de Saúde. Mas, na gestão desses problemas, se modifica a cultura dos atores em jogo. As oposições, as reclamações pelas outras prioridades abandonadas, a necessidade de remanejar recursos de outros setores e as novas necessidades evidenciadas com o processo de envolvimento com a vida comunitária, antes de entraves, podem ser oportunidades para discussão e aperfeiçoamento do novo modelo de assistência. Trata-se de uma modificação institucional que nasce não de um gerenciamento externo ou de um planejamento das instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do sistema de saúde mas sim da transformação progressiva das competências existentes, das atitudes profissionais, do reordenamento da utilização dos recursos disponíveis internamente e da superação do desânimo dos atores profissionais e populares envolvidos (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990:36). Em virtude do curto espaço de tempo desta pesquisa, foi possível perceber muito mais os elementos potenciais dessa dinâmica de transformação no Centro de Saúde Vila Leonina do que a constatação de resultados bem definidos.

### **3.5.6 Superar a tradição positivista dos serviços de saúde no manejo de grupos de risco**

A epidemiologia tem insistido em que o risco de adoecer e morrer distribui-se desigualmente na população. Há um movimento dos serviços de saúde com a finalidade de buscar identificar os grupos de maior risco para atuação mais dirigida, de forma que possibilite maior eficácia e menor custo. A epidemiologia, refletindo o predomínio do positivismo nas ciências da saúde e, portanto, admitindo basicamente certezas testadas experimentalmente e validadas pelo raciocínio matemático, tem concentrado esforços buscando identificar características populacionais que estejam estatisticamente associadas ao maior risco de adoecer e morrer. São os chamados fatores de risco. Mendonça (1995), em estudo epidemiológico realizado em Belo Horizonte, mostrou que as mortes de crianças por diarreia, pneumonia e desnutrição tendem a ocorrer em famílias com os seguintes fatores de risco: precariedade das condições de moradia, instabilidade conjugal dos pais, baixo nível de escolaridade da mãe, ausência de acesso à

rede pública de esgoto, filhos com baixo peso ao nascer, pequeno intervalo entre as gestações e presença de fumantes na residência.

O Projeto Vida, da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, refletindo essa tendência, vem procurando identificar e acompanhar (pela marcação de consulta médica e de atendimentos de enfermagem nos centros de saúde) os recém-nascidos (não as famílias) de risco por meio de variáveis já comprovadamente associadas, por métodos estatísticos, ao aumento da mortalidade em estudos epidemiológicos já realizados: baixo peso ao nascer, ser filho de mãe adolescente ou de mãe analfabeta. Apesar de significar avanço, uma vez que reconhece a desigualdade do risco de adoecimento em uma população de determinada região aparentemente homogênea, o projeto é ainda limitado por definir população de risco por fatores isolados e por centrar a priorização do apoio às crianças de risco em atividades de cunho individual (consultas médicas e atendimento de enfermagem) e apenas dentro do serviço de saúde, que se mostraram bastante ineficientes, nesta pesquisa, para esse grupo. As visitas domiciliares são utilizadas basicamente com a finalidade de trazer a criança e sua mãe para as atividades de atendimento no Centro de Saúde. Além disso, uma mãe pode ser adolescente, analfabeta e, até mesmo, estar sem o apoio do pai da criança, mas se estiver morando em uma família bem articulada em que os avós, irmãos e vizinhos estejam intensamente envolvidos no cuidado da criança, o risco de adoecimento e morte será pequeno. A vida familiar é por demais complexa para poder ser classificada por meio de fatores de risco estanques. Muito mais importante do que a presença de alguns fatores de risco é a forma como eles se relacionam entre si e com os demais elementos da vida familiar e social local. A ênfase em buscar trabalhar com situações de risco padronizadas e definidas estatisticamente correlaciona-se com o modelo de serviço que se quer construir. Em serviços operacionalizados por técnicos desqualificados e desmotivados (pelos baixos salários, por relação trabalhista autoritária e pela ausência de apoio educativo), atendendo de forma rotinizada e geridos, à distância, pela burocracia dos órgãos centrais de planejamento, a identificação das situações de risco por meio de características bem definidas e padronizadas é a forma possível de se atuar em larga escala e de modo uniforme. Tem-se trazido para o processo de reorganização dos serviços de saúde o modelo e a ciência de administração do trabalho (o taylorismo e o fordismo) gestados na grande indústria capitalista na primeira metade do século (Vasconcelos, 1989) e hoje em profunda crise mesmo no mundo da produção.

Esta pesquisa mostrou a grande diferença de sensibilidade e acuidade na identificação de situações de risco entre o método padronizado preconizado pelo Projeto Vida e as visitas informais da equipe do programa de

combate à desnutrição. Para um técnico treinado e motivado, as situações familiares de risco para a saúde mostram-se nas mais diversas e surpreendentes formas de descuido que se vão evidenciando na convivência e no diálogo amigável. No próprio processo de identificação de tais situações de risco já se inicia o apoio.

Visitas domiciliares são atividades que exigem grande disponibilidade de recursos humanos, inviabilizando a pretensão de se visitar toda a população sob responsabilidade de um serviço básico de saúde. É necessária, portanto, estratégia que selecione inicialmente as famílias com maior potencial de risco. Nesse sentido, a presença de crianças com desnutrição grave mostrou-se um bom marcador de famílias em situação de risco, servindo como indicador inicial de famílias a serem visitadas. A identificação de crianças desnutridas, uma vez que pode fazer parte da rotina das consultas pediátricas (as crianças são pesadas por auxiliares de enfermagem antes da consulta), é um procedimento fácil de ser adotado em serviços de atenção primária à saúde. Durante as reuniões com as mães de desnutridos, outras famílias não participantes iam sendo apontadas no debate. Algumas famílias foram indicadas pelas lideranças comunitárias participantes da Comissão Local de Saúde. O envolvimento dos vários profissionais do Centro de Saúde com a proposta do programa, mostrou também ser muito importante na identificação das famílias em situação de risco, uma vez que eles, em seus atendimentos, têm contato muito diversificado com a população. A miséria resulta em problemas de saúde que, mais cedo ou mais tarde, desembocam nos serviços locais de saúde. O olhar atento do profissional pode descobrir situações de negligência e abandono por trás de problemas pontuais de saúde. Mas a visita domiciliar mostrou ser o mais importante instrumento esclarecedor dessas situações.

Em 1992, 62% das crianças com menos de um ano de idade, que morreram de diarreia e pneumonia em Belo Horizonte, eram desnutridas (Mendonça, 1995). Essas mortes, plenamente evitáveis com os recursos médicos atuais, confirmam a importância de se priorizar as crianças desnutridas como grupo de risco merecedor de acompanhamento diferenciado. A significativa queda da frequência de desnutridos na população em todas as regiões brasileiras, diminuindo o tamanho desse grupo de risco, vem tornando seu acompanhamento mais fácil de ser instituído. Entre 1975 e 1989, a prevalência de desnutrição global<sup>8</sup> entre crianças menores de

---

<sup>8</sup> Desnutrição definida pela relação peso para idade inferior a -2 desvios-padrão da mediana da população de referência do National Center of Health Statistics (NCHS).

cinco anos no Brasil declinou de 18,4% para 7,1% (Bittencourt & Magalhães, 1995:280). Mesmo entre as crianças brasileiras menores de cinco anos pertencentes ao grupo de famílias mais pobres da população, a frequência da desnutrição têm-se reduzido: neste grupo,<sup>9</sup> em 1989, 13,6% tinham desnutrição global (Bittencourt & Magalhães, 1995:282).

O programa de combate à desnutrição no C. S. Vila Leonina deixou de ter a recuperação nutricional como meta primeira para tornar-se estratégia global de saúde no Aglomerado Morro das Pedras mediante assistência diferenciada às famílias em situação de maior vulnerabilidade.

Mesmo a desnutrição sendo condição definida por características mensuráveis matematicamente (peso e idade) de acordo com padrões e classificações elaborados pela estatística, sua utilização como indicador de situações de risco não resultou numa abordagem positivista, uma vez que foi utilizado como orientador inicial da seleção de famílias. A definição final das famílias acompanhadas foi feita por avaliação baseada em análise qualitativa da inter-relação de diferentes fatores. O combate à desnutrição, assim como aos outros problemas utilizados como indicadores utilizados, não era o objetivo final do acompanhamento da equipe de saúde, mas o ponto de partida para o entendimento e enfrentamento das repercussões da situação de miséria e opressão nessa população. Na avaliação das várias atividades executadas, desde as visitas até o tratamento de problemas específicos de saúde, a preocupação maior não era a quantidade de visitas, a porcentagem de curas de problemas específicos, o número de atividades computadas nos formulários preenchidos, o índice de incorporação de hábitos de higiene ensinados ou a frequência com que ensinamentos sobre o ciclo das doenças foram aprendidos, mas sim o fortalecimento da capacidade dessas famílias de lutar e buscar a saúde de seus membros.

### 3.6 A valorização da família nas políticas sociais

As políticas sociais, intervenções estatais voltadas para modificar as condições materiais e culturais de reprodução da classe trabalhadora, só começaram a se estruturar de forma sistemática e contínua no Brasil a partir de 1923 com a Lei Elói Chaves que regulamentou as caixas de aposentadoria e pensão dos trabalhadores dos setores econômicos mais importantes. Era o início do sistema previdenciário e de assistência médi-

---

<sup>9</sup> Primeiro quartil de renda familiar *per capita*.



ca de âmbito nacional. Desde então, as políticas sociais se vêm estruturando de forma fragmentada em razão do tipo de dinâmica que as tem gerado. Elas têm-se expandido, de um lado, pela luta de diferentes grupos organizados da população por seus diversificados interesses; de outro, essas políticas sociais também são expandidas como resposta parcial a essas reivindicações (algumas vezes até as antecipando) de forma que busque tanto a adesão política da população aos diferentes grupos que vêm compartilhando o poder e revezando-se nele, como a expansão do mercado de bens e serviços para as empresas privadas, também tão marcadas pela diversidade de interesses particulares. Dessa dinâmica, marcada pela presença de pressões e interesses tão diferenciados e fragmentados, resultou ampla variedade de instituições voltadas para variados tipos de prestação de serviço e para diferentes públicos. Construiu-se, assim, um sistema de atendimento diferenciado e desigual aos direitos sociais segundo a importância política e econômica dos vários grupos sociais.

Apesar de haver ocorrido vários movimentos setoriais de racionalização integradora das políticas sociais, entre os quais se destacam a criação do Instituto Nacional de Previdência Social —INPS— em 1966 (em substituição aos antigos institutos de aposentadoria e pensão organizados por categoria profissional) e do Sistema Único de Saúde em 1988, as políticas sociais continuam fragmentadas. Os vários direitos sociais da mulher, da criança, do idoso e do trabalhador nos campos da saúde, educação, lazer, segurança e meio ambiente, geraram diferentes programas e instituições conflitantes e competindo entre si. Além disso, a grande maioria das instituições e programas volta-se para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, o que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem-estar social. Assim, no pré-natal, a tradição médica preocupa-se essencialmente com a gestante, como se toda a família não estivesse, de alguma forma, também grávida. Não se pensa na preparação dos outros familiares para o nascimento que ocorrerá. De forma semelhante, uma criança vivendo problemas familiares graves é abordada, ao mesmo tempo, mas de forma segmentada, pela professora e pela psicóloga da escola preocupadas com o fracasso no aprendizado, pela delegacia de menores por causa dos seus pequenos delitos e, ainda, por diferentes setores do sistema de saúde em razão das várias patologias recorrentes.

O reconhecimento e a garantia de direitos sociais, embora fruto de indiscutível avanço da civilização, acabaram acontecendo dentro da lógica individualista e fragmentada hegemônica na sociedade: direitos de indivíduos isolados e direitos setorizados. O indivíduo foi fragmentado em

carências. Os direitos passaram a ser consumidos e fornecidos de forma separada. Nesse contexto de individualismo, assiste-se a espantoso crescimento da importância do discurso centrado na subjetividade como explicador dos problemas sociais.

A percepção da fragmentação das políticas sociais vem propiciando o surgimento de propostas e tentativas de integração das várias ações estatais no campo social. O próprio Sistema Único de Saúde organizou-se também a partir dessa preocupação. Apesar de muito ter avançado na integração entre as diferentes instituições e propostas existentes no campo da saúde por meio do princípio da gestão unificada em cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) e da ênfase na municipalização, a tradição de fragmentação nas políticas sociais tem conseguido manter-se na nova estrutura institucional, especialmente por meio da pressão das diferentes corporações profissionais e das diferentes culturas institucionais presentes entre seus funcionários. A persistência das diversificadas pressões e interesses da sociedade civil sobre o Sistema Único de Saúde colaboram na atualização da fragmentação. Menores, ainda, têm sido as conquistas no que tange à integração das ações de saúde com os outros setores das políticas sociais. Como aprofundar essa integração das várias ações do Estado, transformando-as num todo articulado?

Vem crescendo internacionalmente a visão de que as unidades de atuação *família* e *comunidade* são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais. A escolha do ano de 1994 como Ano Internacional da Família pela ONU reflete esse movimento de priorização política da família (Carvalho, 1994:34).

Com relação à valorização da comunidade como espaço de articulação e intervenção dos órgãos públicos, muito vem contribuindo o crescimento dos movimentos associativos de bairro e de pequenas comunidades rurais, que se multiplicaram a partir do final da década de 70 no Brasil. Apesar de essa preocupação não ter resultado em reorientação muito profunda no modelo de atuação das várias instituições, o discurso que reconhece o valor da abordagem de problemas específicos a partir do seu enfrentamento no nível comunitário tornou-se bastante difundido. Os conselhos locais de saúde, consolidados na estrutura jurídica do Sistema Único de Saúde, têm representado uma instância de discussão dos problemas de saúde em que a dimensão comunitária tem sido ressaltada.

### 3.6.1 Resistência e valorização à família

Já a unidade “família” tem encontrado muitas resistências para ser aceita como instância importante de abordagem nas políticas sociais. Histori-

camente, ela vem sendo objeto de duplo ataque. De um lado, na prática social e na ideologia de muitos dos segmentos mais intelectualizados da sociedade em que se denunciam os aspectos repressivos da organização familiar, ressaltando seu papel de instrumento de dominação dos homens sobre as mulheres e dos adultos sobre os jovens. De outro lado, ela é criticada na prática científica como preocupação própria de pesquisadores contaminados pela ideologia burguesa e como categoria ressaltada quando se quer ocultar a luta de classes (Durham, 1980:201). De fato, em muitos momentos de ameaça de ruptura social na história brasileira, como na luta pelas Reformas de Base no início dos anos 60, as forças conservadoras souberam mobilizar o sentimento familiar da população contra mudanças que pretendiam beneficiar os segmentos mais oprimidos como, por exemplo, a reforma agrária. Campanhas do tipo “Marcha da Família com Deus pela liberdade”, nessa época, constituem um exemplo claro (Costa, 1994:22). No setor saúde, entidades apoiadas pelos Estados Unidos e voltadas para a adoção de programas de controle da natalidade, a partir de uma preocupação de prevenção do risco de agitação social em regiões pobres, foram as que mais vinham enfatizando a discussão do tema família, contribuindo, assim, para aumentar a resistência dos intelectuais a esse tipo de abordagem.

Segundo Durham (1980:201-11), para muitos intelectuais brasileiros progressistas tem sido decepcionante constatar que os membros das classes subalternas são extremamente apegados à família. E mais: não só os operários brasileiros teimam em atribuir enorme importância à vida familiar, mas ainda expressam preferência generalizada pela divisão sexual do trabalho em moldes tradicionais e tendem também a apreciar as virtudes tradicionais de respeito e obediência dos filhos aos pais. Inúmeras pesquisas feitas nesse campo tendem a interpretar esse interesse e apego pela família, existente no meio popular, como consequência da hegemonia burguesa e, particularmente, dos ideais de classe média impostos por meio da escola e dos meios de comunicação de massa. Muitos estudos tendem ainda a focar a família das classes populares a partir de sua funcionalidade à lógica capitalista, ressaltando seu papel na reprodução da força de trabalho disponível para as empresas. Por muito tempo, os estudos sociológicos de esquerda deram prioridade à reflexão sobre o mundo da produção, as lutas trabalhistas e o embate político das classes sociais nos âmbitos nacional e internacional. Para esses estudos, o espaço da família e da comunidade ocupava papel secundário na dinâmica política de transformação da sociedade, uma vez que seriam campo das relações pessoais e afetivas distantes do jogo de poder mais decisivo (Arroyo, 1991:11).

Uma análise feita em outra perspectiva pode, no entanto, ser importante para a compreensão dos movimentos sociais e da participação política. A família significa para os trabalhadores a realização de um modo de vida. O cuidado com as crianças e idosos, o afeto familiar, a busca do lazer, as relações de parentesco e as divisões de tarefa, de forma alguma, podem ser compreendidos por análises centradas apenas na dinâmica econômica da sociedade. Se na fábrica, no ônibus, nos serviços públicos, na rua e na relação com os dirigentes políticos, o trabalhador é um indivíduo sem identidade própria, é na família que ele experimenta uma vivência de coletividade e de liberdade. Suas decisões sobre vestuário, lazer, utilização dos recursos domésticos, escolarização dos filhos, poupança, organização de uma festa ou de um passeio, apesar de marcadas pela carência, realizam-se como atividade livre instituída na, com e para a família, em oposição às coerções do mundo do trabalho.

A vida familiar constitui, assim, espaço central na elaboração de um destino comum, para o amadurecimento de um saber sobre o espaço, o tempo, a memória, para a transmissão de conhecimentos e informações e para a compensação da pouca escolarização com outros aprendizados transmitidos oralmente e por contato direto. E, sobretudo, em decorrência da falta de tradição associativa, é na família que se elabora, em grande parte, conhecimento um pouco mais crítico sobre a sociedade, uma avaliação das classes sociais, da conjuntura social presente e das condições para modificá-la. Em família se possui uma estratégia de sobrevivência para o presente, se constrói um projeto para o futuro e se avalia o que foi o passado. Assim, a valorização da família, tão forte nas classes populares, é resultado do modo como os trabalhadores vivem sua condição de classe, com seus desejos, projetos e limites e não produto da imposição de valores próprios de outras categorias e classes sociais (Durham, 1980:201-11).

A vida doméstica e comunitária não é isolada, mas inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. A família apresenta-se como mescla de conformismo e de resistência às relações de dominação presentes na sociedade. Mantém a subordinação feminina e dos filhos, mas protege mulheres, crianças e velhos contra a violência urbana; cria condições para a dominação masculina, mas garante aos homens um espaço de liberdade contra sua subordinação no trabalho; conserva tradições, mas é espaço de elaboração de projetos para o futuro; é não só núcleo de tensões e de conflitos mas também o lugar onde se obtém prazer (Chauí, 1986:145).

Apesar de valorizadas pelos trabalhadores, suas famílias vêm sofrendo intenso processo de desgaste. A vulnerabilidade das famílias encontra-se

diretamente associada à sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda do país. No Brasil, como também em outros países, os programas ditos de ajuste da economia têm funcionado como fator desagregador. Tem-se verificado, por exemplo, aumento das famílias monoparentais (com apenas um dos pais presentes), em especial aquelas em que a mulher assume sozinha a chefia do domicílio; a questão migratória, por motivos de sobrevivência, atingindo sobretudo os homens em idade produtiva, tem-se tornado importante motivo de desestruturação das relações familiares. O domicílio sujeito a ameaças frequentes em virtude da degradação do meio ambiente e da dificuldade de acesso ao emprego e aos serviços públicos tem significado também importantes causas de fragilização da família popular (Ferrari & Kaloustian, 1994:12).

Mesmo assim, as questões relativas à família têm mostrado ser grandes desconhecidas nos serviços públicos. Foi na sociedade civil, notadamente nas igrejas, que se estruturaram e se consolidaram as primeiras intervenções sociais abordando os problemas da família. A Sociedade São Vicente de Paula, os cursos de noivos, o Movimento Familiar Cristão, Encontro de Casais com Cristo e a Pastoral da Criança são alguns exemplos. Pelo lado das iniciativas estatais, as associações de pais e mestres (ligadas a rede de ensino) e os centros sociais urbanos (com clubes de mães e cursos para gestantes) foram iniciativas pioneiras. No setor saúde, o Sesp — Serviços Especiais de Saúde Pública —, fundado na época da segunda guerra mundial, foi referência importante com sua tradição de visitas domiciliares, apesar de seu caráter normatizador e autoritário. Mas grande parte dessas iniciativas caracterizaram-se por circunscritas e descontínuas.

Na década de 80, o crescimento dos movimentos de mulheres e do Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua, bem como as repercussões dos problemas sociais trazidos pelas crianças vivendo na rua foram trazendo para o debate político as questões relativas à família. Assim, na Constituição brasileira de 1988 ficou assegurado às crianças e adolescentes o *direito à convivência familiar e comunitária* (artigo 227). A aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a conseqüente criação de conselhos tutelares da criança e do adolescente nos municípios vêm significando importante avanço na discussão e abordagem de forma um pouco mais contínua e ampla dos problemas familiares. Em alguns municípios brasileiros têm sido organizados programas pioneiros de acompanhamento a famílias em situação crítica como estratégia de prevenção e controle dos problemas da criminalidade trazidos por crianças e adolescentes vivendo na rua. Têm-se expandido muito os estudos e a publicação de artigos sobre a família brasileira e o trabalho social com ela. O surgimento do Programa de Saúde da Família na década de 90, apoiado

pelo Ministério da Saúde, reflete tal tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras.

Mas as atenções hoje prestadas à família são ainda conservadoras e pouco eficientes porque estão presas a uma cultura tutelar de relação com as classes populares. Cuida-se, tomando conta e criando estratégias que cerquem os possíveis desvios do caminho considerado correto, não aceitando, assim, a autonomia da família pobre por não confiar em sua capacidade. Tal postura resulta em aumento dos custos dos programas, em expansão exagerada da burocracia gestora e em perda de qualidade. É por isso que há tanta resistência a programas de complementação da renda familiar, já existentes há dezenas de anos em vários países do mundo. Prefere-se a distribuição de ajuda do tipo cesta alimentar e enxovais de bebê, que dificultaria o uso indevido do recurso despendido. Quando se distribui alimentos, o produto escolhido é definido segundo critérios técnicos relativos a sua composição química, mesmo que contrarie a cultura alimentar da região e diminua a adesão das famílias. É também nítida a preferência por abrigar crianças abandonadas ou sob risco de abandono em orfanatos e casas-abrigo. Programas de guarda de crianças em famílias substitutas na própria comunidade são estratégias, já bastante experimentadas em outros países, que evitam a perda dos vínculos comunitários e são mais baratos, mas acabam sendo rejeitados porque se desconfia de que o subsídio financeiro a ser entregue à nova família, sob supervisão técnica, resulte em desvios. Há também descrença de que uma família pobre seja capaz de ser responsável pela guarda da criança. Há o temor ainda de que as famílias passem a fazer da guarda um comércio. Em decorrência dessas desconfianças, nega-se o direito das crianças à convivência familiar e comunitária, assegurada constitucionalmente, submete-se a criança a instituições desumanas, fortalece-se a burocracia estatal e multiplica-se o custo dos programas.

A priorização da família na agenda da política social envolve três modalidades de ação (Carvalho, 1994:103):

*a)* PROGRAMAS DE GERAÇÃO DE RENDA E EMPREGO instituídos no nível local, destinados a famílias sem acesso ao trabalho. Mas esses programas têm repercussão relativamente pequena na geração de empregos para as famílias. As iniciativas políticas de âmbito nacional e regional voltadas para o desenvolvimento econômico e para a regulamentação das relações entre Capital e Trabalho são muito mais importantes. Medida de particular alcance, nesse sentido, é uma ampla reforma agrária;

*b)* PROGRAMAS DE COMPLEMENTAÇÃO DA RENDA FAMILIAR, já usuais em vários países do mundo, são destinados a grupos familiares sem renda ou cuja renda é insuficiente para garantir o mínimo necessário à sobrevivência,

priorizando fases do ciclo de vida familiar geradoras de situação de maior vulnerabilidade. Devem estar integrados a serviços locais que acompanhem a família. Essa distribuição de benefícios em dinheiro em substituição à distribuição de cestas alimentares, “sopões” e outros bens selecionados, ajuda a superar a pedagogia de subalternidade e tutela dessas ações assistenciais, uma vez que se assenta na noção de um direito social conquistado a partir do reconhecimento, pelo conjunto da sociedade, da impossibilidade de todos os cidadãos terem acesso a uma vida digna nas atuais condições em que a economia está organizada.

c) REDE DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS DE APOIO PSICOSSOCIAL E CULTURAL — esta modalidade de ação, mais importante na dinâmica de atenção à saúde, será analisada de forma mais detalhada.

### **3.6.2 Serviços comunitários de apoio psicossocial e cultural a famílias**

Em muitos municípios brasileiros, serviços locais de saúde, escolas e órgãos de assistência social ligados a igrejas, entidades filantrópicas e organizações não-governamentais já vêm desenvolvendo programas de acompanhamento e apoio a famílias em situação especial de dificuldade. Mas, em geral, são iniciativas isoladas e descontínuas de grupos de profissionais mais comprometidos das instituições públicas ou atividades de entidades não governamentais voltadas para públicos restritos. Nesse sentido, diferenciam-se muito do que ocorre em países europeus, como é o caso do Reino Unido, onde se estruturou complexa rede de assistência social organizada com base em distritos (divisão administrativa de um município, compreendendo geralmente mais de um bairro) que mapeia e acompanha as famílias em situação de dificuldade. Na América Latina há o exemplo de Cuba que, com base nos serviços de saúde, desenvolveu rede de âmbito nacional de acompanhamento das famílias.

A valorização da família nos serviços públicos comunitários pode ser efetivada de dois modos

a) abordagem aos problemas individuais, usualmente atendidos em sua rotina, mediante intervenção no nível de suas origens e repercussões familiares. Vários exemplos podem ser citados: diante de um aluno que passou a apresentar dificuldades de aprendizado, investigar o que está acontecendo em sua família; no pré-natal abordar também as dificuldades e preparativos dos outros membros da família para a chegada do bebê; discutir com o paciente diabético as condições em sua casa para a realização da dieta e para a guarda e manipulação da insulina; o posto policial do bairro buscar aliados na família para enfrentamento de conflitos e

pequenos delitos; organização de reuniões e discussões de temas relativos à vida familiar; envolvimento dos pais no tratamento e prevenção dos problemas dentários das crianças. A consideração das dimensões familiares de cada problema individual atendido nos serviços públicos locais é fundamental;

b) apoio intensivo a famílias vivendo situações de crise que colocam em risco a vida de seus membros. Essa modalidade vem da constatação de que as famílias em situação mais precária tendem a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea da população. Essas famílias podem ser identificadas por diferentes indicadores: presença de desnutridos, recorrência de patologias facilmente controláveis, fracasso escolar de seus membros, ocorrência de óbitos por doenças tratáveis, envolvimento de crianças em atividades ilícitas, violência contra membros mais frágeis, percepção pelos vizinhos de situações de negligência e crise interna, crianças saindo para viver na rua, presença de idosos com sinais de descuido, atritos freqüentes com a vizinhança, repetição de atitudes prejudiciais à comunidade local, doença incapacitante dos pais, desemprego prolongado e separação do casal. A presença desses indicadores apontam para a necessidade de visitas e estudos para melhor caracterizar a situação e verificar a necessidade de apoio sistemático que se centra na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.

Se a progressiva valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras nos anos 90 vem sendo uma conquista que tem resultado em aperfeiçoamentos, é importante ter clareza de que, para muitos problemas, a família não é a instância de atuação mais propícia. A partir do processo de intensificação do individualismo trazido pela modernidade, cada vez mais o cidadão prefere resolver seus problemas de forma independente do seu grupo familiar. As diferenças próprias de cada membro de uma família fazem com que eles tenham distintas preferências em relação à forma de encaminhar seus problemas pessoais a ponto de escolherem diferentes profissionais ou serviços. Os conflitos, existentes sobretudo para os membros vivendo situações de subalternidade na família, tornam constrangedora a abordagem conjunta de alguns problemas. A família é apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais. Os serviços públicos devem ser flexíveis para responder de forma diferenciada às diversas formas de apresentação dos problemas locais.

Apenas quem tem interesse em esconder os conflitos de classe social, de raça e sexo, em negar a relação fundamental dos problemas pessoais com a forma de organização do Estado e da economia, bem como em diminuir

a importância das lutas dos movimentos sociais e dos partidos políticos, é que busca pôr a família como centro absoluto da abordagem dos problemas sociais. O desafio é encontrar formas de abordagem dos problemas familiares integradas em outras dimensões da luta política dos diversos movimentos sociais e, assim, superar a tradição metodológica do serviço social norte-americano que tanto tem sido irradiada internacionalmente.

Se o eixo da metodologia de abordagem dos problemas familiares é a educação, isso não significa negar a importância de suportes materiais. O fornecimento de medicamentos, a complementação da renda familiar, a criação de creches, a ligação à rede de água e esgoto e o fornecimento de materiais de construção para melhoria da casa são exemplos de suportes materiais que podem potencializar a intervenção educativa. As iniciativas de valorização da abordagem familiar nas políticas sociais, centradas apenas em práticas educativas simplificadas, podem ser uma estratégia de propagandar um caráter inovador de governos que, em uma visão neoliberal e pressionados por uma crise orçamentária, buscam diminuir os gastos sociais. Nesse sentido, a metodologia da educação popular inova à medida que não separa as dimensões materiais dos problemas sociais da cultura e saber ao buscar relacionar problemas específicos com o contexto político e econômico geral.

Os serviços públicos comunitários, uma vez que lidam com famílias extremamente fragilizadas, necessitam repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular para não as massacrar. Em vez de estruturarem suas práticas no fornecimento de serviços e bens que substituam as iniciativas da família, devem centrar ações no seu fortalecimento, tentando apoiar a recomposição dos vínculos afetivos internos ameaçados e sua reintegração na rede de solidariedade social local. Para isso, é preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e os gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade dos pobres de cuidarem de si mesmos. É preciso ainda construir educativamente na cultura institucional uma tolerância com a diversidade humana, de forma que os profissionais compreendam as diferenças de raça e de cultura presentes na sociedade brasileira e assim as respeitem politicamente (Neder, 1994:44). Nesse sentido, as especificidades do trabalho social com famílias em situação de risco, especialmente sua extrema fragilidade que torna totalmente contraproducente qualquer abordagem mais autoritária, podem contribuir na reorientação das políticas sociais em direção a práticas mais integradas às iniciativas da sociedade civil. Tal redirecionamento aponta para uma redefinição da relação entre os serviços públicos e a vida privada diferente tanto das propostas neoliberais (centradas fundamentalmente no encolhimento do setor público) como da

social-democracia (voltadas para o provimento em larga escala pelo aparelho estatal das necessidades da população), uma vez que valoriza e articula as iniciativas da sociedade civil sem, no entanto, utilizá-las para justificar a diminuição da responsabilidade estatal com os problemas sociais.

Nessa perspectiva, deve-se concentrar menos em reformas de leis, decretos, burocracias de cúpula e muito mais em posturas e práticas inovadoras, disseminação de experiências alternativas que caminhem em direção à autonomia e à autoconfiança desses sujeitos subalternos. As legislações e instituições existentes comportam grandes avanços na prática social dirigida às famílias. O maior desafio é dar vida às leis e instituições mediante busca e difusão de novas atitudes (Takashima, 1994:91). Nesse sentido, um eixo fundamental do processo de expansão da valorização da abordagem da família nas instituições públicas é a ação educativa entre os profissionais que atuam no âmbito das políticas sociais locais.

### 3.6.3 O “Programa Saúde da Família” do Ministério da Saúde

O tema família tem sido motivo de acirrada polêmica no setor saúde.

Já em 1963 a Organização Mundial de Saúde publicava um documento sobre a formação do médico de família (*Informes Técnicos* n.º 257), decorrente da crescente preocupação com a superespecialização do trabalho médico e suas conseqüências: os altos custos financeiros e a deterioração da relação humana com os pacientes. Foi nos E.U.A. que a proposta do médico de família mais se expandiu inicialmente. Em 1969, a medicina familiar foi aí reconhecida como especialidade médica e logo no ano seguinte já haviam sido aprovados 54 programas de residência na área e 140 submetiam-se a aprovação. Na década de 70, o movimento espalhasse com intensidade no Canadá, México e alguns países europeus. Contra a tendência mundial à hospitalização, à complexidade tecnológica e à fragmentação do trabalho médico em especialidades e subespecialidades, surgia a proposta do médico de família que, na verdade, representava uma volta ao passado, quando o médico liberal cuidava dos problemas de saúde de toda a família (mas não de todas as famílias, uma vez que dependia da capacidade financeira da família para renumerá-lo). Buscava-se combater desajustes da prática médica mediante a reorientação da formação profissional do médico, sem se avançar na discussão da reorganização das instituições de saúde como um todo (Paim, 1986).

Na América Latina, com apoio da OMS (Organização Mundial da Saúde) e instituições estrangeiras como a Fundação Kellogg, organizam-se, na década de 70, seminários, consultorias e publicações com objetivo de divulgar essa proposta sobretudo nas universidades. Num contexto brasi-

leiro de sectarização do debate político próprio de um país vivendo em ditadura militar, a origem norte-americana da proposta e sua proximidade com o modelo liberal de prática médica causaram oposição intensa de setores progressistas dos profissionais de saúde. Intensificava-se, na época, a discussão sobre a reorganização do sistema de saúde brasileiro.

Em 1974, o governo militar sofreu importante derrota eleitoral, apesar de todo o controle dos meios de comunicação de massa e da repressão sobre lideranças oposicionistas mais atuantes. A insatisfação política da população crescia com o aprofundamento da desigualdade social. Uma das denúncias difundidas pela oposição foi o agravamento de indicadores de saúde (como a mortalidade infantil) durante o período de maior crescimento da economia, denunciando-lhe o caráter injusto. O governo militar, vendo sua sustentação política ameaçada, passa, entre outras iniciativas, a buscar alternativas ao modelo de saúde baseado no atendimento em hospitais privados financiado pela previdência pública que dominava até então. Profissionais de saúde de esquerda, alguns dos quais envolvidos em experiências de saúde comunitária nos novos movimentos sociais que emergiam com apoio da Igreja Católica, encontram, nesse momento, espaço nas instituições públicas e nos meios de comunicação de massa para defender e difundir suas idéias. Assim, no final da década de 70, diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro são trazidas para o debate político.

Internacionalmente, assistia-se a uma progressiva valorização da prioridade de expansão de serviços de atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do setor saúde. A Conferência do Unicef e da OMS sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, URSS, no ano de 1978, foi um marco político dessa tendência. Refletindo esse movimento internacional, no Brasil vão-se constituindo e se sucedendo uma série de programas voltados para a multiplicação de serviços de atenção primária à saúde, de forma inicialmente desarticulada do restante dos serviços de saúde, mas que, aos poucos, conseguem integrar-se e reformular parcialmente a lógica global de funcionamento do sistema, uma vez que deslocam o eixo da assistência, antes centrada nos hospitais, possibilitam maior integração entre ações preventivas e curativas e tornam mais premente a discussão sobre a hierarquização e a territorialização da assistência à saúde. São os primórdios do Sistema Único de Saúde.

Um dos debates políticos importantes que polarizou, na época, os profissionais envolvidos no processo de mudança do sistema de saúde foi sobre que modelo de atenção primária à saúde deveria ser expandido. De um lado, existia a proposta do médico de família, que significava uma atualização da medicina liberal do passado voltada para atendimento de

famílias para o novo contexto da atenção primária, trazendo, como consequência, centralização do serviço na figura do médico. De outro, havia a proposta trazida das experiências alternativas de saúde comunitária gestadas nas décadas de 70 e 80 especialmente na ação pastoral da Igreja Católica em estreita relação com os movimentos sociais emergentes, que se baseavam no trabalho de equipe e na relação educativa com a população. Por serem experiências estruturadas inicialmente fora do aparelho do Estado (com exceção de experiências levadas à frente, de forma marginal, por algumas universidades e secretarias estaduais de saúde), caracterizavam-se pela falta de recursos materiais e pela criatividade no uso de recursos locais, no que eram criticadas como se propusessem uma adaptação barata e sem qualidade da medicina para os pobres, ajudando o Estado a justificar os poucos recursos liberados para tais serviços.

Entretanto, um terceiro modelo tornou-se hegemônico no movimento de profissionais envolvidos com a reforma do sistema de saúde. O modelo foi o defendido pelo grupo que concentrava esforços e interesses na reforma e na luta política no âmbito das instâncias administrativas das instituições de saúde. Para esse grupo, constituído majoritariamente por profissionais que não tinham vivido experiências significativas de atenção à saúde nas classes populares e que, portanto, não elegiam como prioridade o investimento na reformulação da profunda inadequação da prática médica tradicional ao meio popular, a prioridade estava na multiplicação dos serviços básicos, sua integração aos serviços mais sofisticados e não na busca de um novo modelo de atendimento local. Os novos serviços expandidos com fundamento nessa lógica eram estruturados com base no planejamento feito por profissionais situados fora dos serviços locais. Apesar de incorporarem uma série de atividades preventivas e de alcance coletivo, o atendimento de problemas clínicos de saúde da população continuou a ser abordado no modelo médico tradicional com a participação de, pelo menos, especialistas em pediatria, clínica médica, ginecologia-obstetrícia e odontologia. A justificativa desse modelo é que a complexidade das patologias, que predominam nos centros urbanos, exigiria especialização da estrutura de atenção médica. Médicos generalistas e agentes comunitários de saúde seriam inadequados para essa realidade (Miszky, 1994). Mas o que mais contribuiu para a consolidação desse modelo nos serviços básicos de saúde foi a difusão do padrão especializado e tecnicificado da medicina, dominante no restante dos serviços. A despreocupação com a busca de modelos alternativos de atenção médica nos novos serviços, pela maioria dos profissionais envolvidos na reforma do sistema de saúde, facilitou a incorporação do padrão médico tradicional. Assim, os centros de saúde que se expandiram nas cidades têm no termo

*policlínica* sua melhor denominação para a imagem que orienta o discurso dos que aí trabalham. Mas, na prática concreta, a carência material e o descaso político com que vêm sendo instituídos têm impedido até mesmo a efetivação desse modelo médico tradicional. O que se observa, na maioria dos serviços, é o modelo do *pronto-atendimento*, centrado essencialmente no atendimento pontual dos problemas, sem acompanhamento dos pacientes e com relação extremamente impessoal com a clientela (Campos, 1994).

A disputa entre os defensores desses diferentes modelos de organização dos serviços básicos de saúde arrastou-se durante toda a década de 80, apesar do nítido enfraquecimento dos dois primeiros grupos. Um campo importante do embate foram os cursos de especialização de medicina preventiva e social, que os defensores das várias correntes buscavam orientar segundo suas crenças. Em 1981, o Conselho Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação aprovou a criação do curso de especialização de medicina geral comunitária que passou a se constituir em importante pólo de aglutinação de profissionais provenientes das experiências alternativas de saúde comunitária. Anos depois o Conselho Federal de Medicina aprovou a medicina geral comunitária como especialidade médica. Já os profissionais ligados ao movimento da medicina familiar não conseguiram institucionalizar-se significativamente no Brasil. Esses dois movimentos minoritários sobreviveram também com experiências transitórias em alguns municípios.

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema família. A consolidação em Cuba, no final da década de 80, de ampla reformulação do modelo de atenção primária à saúde baseada no médico de família foi muito importante para quebrar resistências dos profissionais de saúde de esquerda às propostas voltadas para repensar o atendimento médico com base nas unidades família e comunidade. Também para outros setores da sociedade brasileira, o êxito do sistema de saúde cubano foi importante para difundir o modelo.

Em 1984, quando iniciou a adoção, em escala nacional, do Programa do Médico de Família em Cuba, toda a população era atendida, no nível primário, em policlínicas organizadas com base nas especialidades médicas e odontológicas básicas. Foi buscando melhorar as relações entre o conhecimento médico especializado e as atividades de prevenção e promoção da saúde que se iniciaram experiências que culminaram no Programa do Médico de Família. Hoje cada policlínica (nas áreas urbanas) ou hospital rural conta com cerca de vinte equipes de médico e enfermeira de família. Cada equipe fica responsável por uma área contendo entre 120 e 140 famílias (seiscentas a setecentas pessoas), atendendo em con-

sultórios que também são a residência dos profissionais. As famílias são acompanhadas de perto no que tange ao tratamento e prevenção dos problemas de saúde, resultando em acentuada melhoria das condições de saúde da população (Unicef, OPS/OMS, Cuba, 1991).

O ressurgimento, nos anos 90, do tema família no debate político brasileiro, trazido, em parte, pelo problema da criminalidade das crianças e adolescentes vivendo na rua e as reações violentas de setores da sociedade a eles, ajudou a criar o clima cultural propício à reorientação das políticas de saúde. As epidemias de cólera e dengue contribuíram também para evidenciar as limitações dos novos serviços de saúde expandidos, sobretudo no que tange à instituição de ações de promoção à saúde mais integradas ao cotidiano da população. Expande-se, nesse contexto, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde. Com o passar dos anos, após a fase de adoção mais intensa dos serviços de atenção primária à saúde, vão-se acumulando experiências de profissionais envolvidos no atendimento local que, angustiados com o modelo médico tradicional, passam a buscar novas formas de atuação. Alguns governos municipais criam condições para a ampliação institucional dessas experiências.

Em 1993, o Ministério da Saúde reúne alguns coordenadores de experiências de atenção primária à saúde centradas nas dimensões comunidade e família para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, sendo então lançado o Programa de Saúde da Família. Esse Programa incorpora a inovação de deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico, que vinha marcando a proposta da medicina familiar, para uma preocupação com toda a equipe de saúde. Procura apoiar um modelo de atuação em nível local, buscando, no entanto, influenciar a totalidade do sistema de saúde. Alguns municípios são escolhidos como campo de teste e aprimoramento do Programa. Entre eles, Quixadá, município do sertão cearense governado então por prefeitura ligada ao Partido dos Trabalhadores, teve papel central no delineamento e irradiação do modelo que, posteriormente, passou a ser expandido a outros municípios.

O Programa propõe a criação de uma equipe de saúde composta de um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde que se responsabilizaria por uma área geográfica onde habitam entre seiscentas e mil famílias. Os profissionais devem residir no município e nele trabalhar em tempo integral. O agente comunitário de saúde deve residir na área sob sua responsabilidade. A instituição do Programa é de responsabilidade do município, mas recebe o apoio das secretarias estaduais de saúde e do Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

Um significado positivo do Programa Saúde da Família foi tornar central no setor saúde a discussão do modelo de atuação local, superando parcialmente a preocupação quase absoluta com os aspectos do planejamento e administração do sistema. Visitando alguns municípios que já adotaram o Programa, tenho notado, no entanto, que não está ocorrendo ainda discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população local. Em alguns municípios, o Programa significou mais uma modificação institucional (nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atuação, acréscimo na remuneração da equipe, etc.) do que maior aproximação com o cotidiano das famílias. Passa a se denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo *família* perde a especificidade. Não se tem mostrado clara a diferenciação entre as várias situações de risco vividas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em que se situam os problemas de saúde para, assim, distinguir as diferentes metodologias de abordagem necessárias. Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem então a ficar restritas. Nas visitas às famílias, a atenção fica muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam, como a amamentação, o uso de reidratante oral, o controle da hipertensão, a frequência ao pré-natal, a utilização de alimentos alternativos, a vacinação, o cuidado preventivo com determinada doença endêmica na região, etc. Se de um lado essa padronização facilita a expansão do programa, de outro, simplifica e empobrece seu alcance por não considerar a complexidade das manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com ela.

O Programa Saúde da Família tem-se expandido sobretudo em áreas onde ainda não existem centros de saúde bem estruturados. Suas unidades, muitas vezes, vêm aparecendo como suas substitutas. Um desafio central do Programa é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação, mostrando, como aconteceu em Cuba, que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país. Mostrar que, ao contrário de simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preven-



tivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente dos seus grupos mais vulneráveis. Mostrar, portanto, que não é apenas uma nova forma da proposta de atenção primária à saúde seletiva, que se atém à abordagem de problemas de saúde delimitados mas de grande impacto na diminuição da mortalidade. Se, antes, essa atenção primária seletiva priorizava sua ação sobre doenças de fácil tratamento e grande mortalidade, como a diarreia e a pneumonia, no conjunto da população, agora teria encontrado uma nova forma de economia de recursos ao concentrar a intervenção basicamente nas famílias mais vulneráveis ao adoecimento e à morte, distanciando-se ainda mais da perspectiva de atenção integral a toda a população.

O futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização.





## 4

# ABORDAGEM DIFERENCIADA ÀS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE RISCO COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO COMBATE ÀS DOENÇAS

**T**ERMINADO O MÊS DE SETEMBRO DE 1994 em que a discussão dos vários grupos de desnutridos se centrou no vídeo sobre a desnutrição dos filhos de Zefinha, a equipe do programa resolveu dedicar o mês de outubro à discussão do cuidado doméstico das crianças, em alusão ao dia das crianças, 12 de outubro. A sugestão veio da terapeuta ocupacional recentemente integrada à equipe e que se preocupava muito com o desenvolvimento psicomotor infantil. Iniciava-se o terceiro mês da pesquisa.

Realizamos um vídeo com depoimento de alguns pais ligados ao programa de combate à desnutrição sobre as brincadeiras das crianças e as dificuldades no seu cuidado. Como o profissional que havia editado anteriormente o vídeo de Zefinha estava muito ocupado, resolvi editá-lo sozinho, em casa, utilizando apenas a filmadora e o videocassete. A dependência de profissional especializado não pertencente à equipe local emperra a utilização do vídeo artesanal, tornando sua produção demorada e incerta. Mas a má qualidade do primeiro vídeo editado pessoalmente criou sensação de mal-estar entre as mães presentes na primeira reunião, desviando sua atenção das idéias apresentadas. O grande desafio da edição é a precisão dos cortes e emendas que, não ocorrendo, resulta na perda de frases importantes ou na permanência de palavras soltas e sem sentido. Mesmo o ouvinte mais pobre já incorporou o alto padrão de qualidade de edição existente na televisão brasileira e fica incomodado com padrões muito inferiores. Foi preciso fazer nova edição doméstica que, apesar de continuar precária, foi suficiente para não dispersar a atenção das mães que nunca tiveram oportunidade de ver sua realidade local espelhada na televisão. Com sua tolerância, íamos aprendendo a utilizar esse instrumento técnico de educação.

O tema mostrou-se muito rico em termos educativos, notadamente para os profissionais de saúde que desconheciam o cotidiano das crianças na favela. Conhecem-se muito as carências materiais trazidas pela pobreza

(de alimentos, saneamento, moradia, doenças, vestuário, etc.), mas pouco se sabe sobre as suas repercussões no modo de brincar, relacionar-se com os pais, amar, cuidar do corpo, descansar e trabalhar.

A brincadeira das crianças mostrou-se marcada pela falta de espaço físico. O espaço entre as casas e nos becos é muito restrito e contaminado de lixos e esgotos abertos. O pouco espaço, disputado por tão numerosa população, acaba resultando em atritos freqüentes, com grande desvantagem para as crianças menores. As mães procuram, então, prender os filhos pequenos dentro de casa (barracos com quintal e cômodos minúsculos). A grande brincadeira é em cima da cama dos pais ou nos cantinhos dos quartos ou barrancos que cada criança escolhe e transforma no seu mundinho de fantasias com a ajuda de sua caixa de brinquedos (latinhãs, tampinhas, carrinhos e bonecas velhas, pedaços de madeira, caixinhas de papelão, etc.) achados na rua pelos pais, na maioria das vezes. Mesmo na contenção, o sorriso e a criatividade acontecem. O difícil para a criança é o convívio com as freqüentes explosões de impaciência dos pais e irmãos mais velhos, angustiados com a miséria que a criança nem entende totalmente. Na falta de espaço e tranqüilidade, as pequenas peraltices da criança viram transtornos. As brincadeiras tornam-se contidas ou agressivas. Mas, talvez, o pior para as crianças seja as longas horas passadas, com os irmãos já nervosos, trancados no barraco pela mãe que saiu e não tinha com quem e onde deixá-los.

O trabalho chega cedo para a maioria das crianças. Olhar os irmãos mais novos, fazer pequenas tarefas para os pais e vizinhos, arrumar algum dinheiro na rua, ajudar o pai em seus biscates, trabalhar no comércio do bairro... Um trabalho marcado pela subordinação e que, quando associado à escola, vai tornando pequeno o espaço da brincadeira.

Uma mãe de 33 anos, citada em Carvalho (1994b:29), afirma:

“A gente trabalha tanto no pesado, ganha tão pouco, chega em casa tão tarde, tão cansada e tão nervosa de não poder pagar as coisas e comprar o que precisa — que não tem ânimo para dar atenção e amor aos filhos. A gente fica bruta. E o pior é que o mesmo acontece com eles, que só sabem o que é trabalhar. A gente só se encontra na hora de dormir e ninguém tem vontade de conversar. Lá isto é família?”

Nas reuniões, tais dificuldades e dramas do cotidiano da relação entre os pais e as crianças iam-se explicitando. Mas surgiam também histórias falando de aprendizados, transformações e empenho na busca de novos caminhos.

“Minha infância não teve graça. Tive 22 irmãos. Não existia carinho lá em casa. Desde cedo tive que trabalhar muito. Tudo era resolvido na pancada. Virei uma pessoa seca. Casei sem gostar do meu marido só para sair de casa. Hoje, tenho uma grande dificuldade de acompanhar as brincadeiras dos meus filhos. Eles são a coisa mais importante que eu tenho na vida, mas não consigo me aproximar deles. Minha sorte é o meu marido, que me ajuda muito, se bem que agora nós estamos separados porque ele foi trabalhar longe. Mas eu acho que estou mudando. Sou muito mais carinhosa com meus filhos do que meus pais foram comigo.”

Apesar dos intensos constrangimentos vividos, aquelas famílias eram também núcleos importantes de vivência afetiva, solidariedade e construção conjunta de projetos de melhoria.

Nas reuniões notamos que tendíamos, inicialmente, a ressaltar e analisar as *carências* e os problemas das famílias, como se a educação crítica dependesse essencialmente da conscientização dos limites sociais impostos aos indivíduos. Tal comportamento resultava em inibição da espontaneidade. As pessoas gostavam de falar de seus problemas, mas também de suas conquistas e vontades. Não aceitavam ser vistas como se estivessem paralisadas sob o peso dos limites estruturais da sociedade. Conhecem o espaço de liberdade que têm. Também faz parte da educação crítica a compreensão e valorização das *potencialidades* dos indivíduos e grupos sociais.

As reuniões nem sempre fluíam bem. Havia momentos de intenso constrangimento por nossa inexperiência em lidar com o instrumental do vídeo. Se na discussão do vídeo de Zefinha, a monitorização do debate através da televisão (ligada à filmadora) foi elemento de dinamização, o mesmo não aconteceu quando tentamos a participação das crianças na discussão dos seus cuidados familiares. As crianças, excitadas com sua imagem na televisão, não paravam de brincar, distraíndo as mães do debate. Nossa insistência em fazer repercutir os temas que surgiam gerava clima de intenso e silencioso constrangimento. A necessidade de as falas serem ditas no microfone inibia as expressões espontâneas mais tímidas. Assistindo à gravação em vídeo dessas reuniões, podíamos, já passado o sufoco da sua condução, analisar criticamente nossas atitudes e perceber como nosso aprendizado como educadores é construído também com base em erros e tentativas extremamente constrangedoras para os educandos. Talvez pela confiança já conquistada pela equipe, talvez pela tradição de subordinação aos profissionais de saúde, as mães toleravam sem agressividade os constrangimentos impostos. Incomodados com a

situação, íamos tentando alterações na estratégia de condução da reunião, até que, subitamente, o diálogo estabelecia-se com fluidez. Diante da diversidade de situações educativas trazidas pela atenção coletiva à saúde, é preciso estar disposto a sofrer as incertezas e inseguranças do desafio de construir, de forma processual, as técnicas educativas adequadas a cada circunstância, se queremos superar as posturas e os ensinamentos habituais (e normativos) da educação em saúde tradicional.

Em novembro, no quarto mês da pesquisa, a equipe do programa de combate à desnutrição envolveu-se muito com o delineamento do acompanhamento às famílias em situação de risco, a ponto de terem as reuniões do mês de dezembro começado sem planejamento prévio. Um membro da equipe, surpreendido na véspera com a proximidade da primeira reunião do mês, não se sentiu constrangido em assumi-la, fazendo uma palestra sobre o tratamento da desidratação, sem nenhum preparo prévio. Refletia a desconsideração generalizada em relação à necessidade de refletir e planejar o conteúdo e a metodologia a serem empregados na ação educativa entre as classes populares. Nessa concepção, para a educação dos pobres bastaria um profissional com vontade de ensinar e um grupo de carentes para ouvir.

No dia seguinte, quando alguns profissionais comentavam os resultados insatisfatórios da reunião, aproveitei para lembrar que existiam publicações ensinando técnicas de abordagem de vários problemas de saúde. Para exemplificar, propus assumir a condução da próxima reunião, abordando o mesmo tema da desidratação mas utilizando uma técnica educativa divulgada no livro *Ensinando e Aprendendo a Cuidar da Saúde* (Werner & Bower, 1984:24-8). A técnica consiste na utilização de uma garrafa de plástico desenhada de forma que simule um bebê, em que se fazem orifícios correspondentes aos ductos lacrimais, boca, uretra, ânus e fontanela. Com a criança hidratada (a garrafa cheia de água) todos os orifícios eliminam umidade e a fontanela (um pano cobrindo o orifício da cabeça) não está deprimida. Com a diarreia, representada no boneco-garrafa pela abertura do orifício no lugar do ânus levando ao seu progressivo esvaziamento, os sinais da desidratação vão-se mostrando no boneco-garrafa. A utilização dessa técnica, além de facilitar o aprendizado dos sinais da desidratação, cria um clima divertido que pode facilitar a discussão, de forma interessante, das causas e conseqüências da diarreia, bem como das dificuldades existentes nos serviços de saúde para seu tratamento.

Nas experiências de saúde comunitária em que os técnicos se envolvem intensamente com os movimentos populares e com a dinâmica da vida local, tais livros e manuais de técnicas educativas em saúde costumam ter pouca importância. Inseridos no cotidiano dos moradores, os

técnicos vão encontrando detalhes e situações que inspiram ações educativas bastante integradas aos problemas concretos daquela realidade, sem necessidade de recorrer a manuais elaborados em outros contextos. Mas nos novos serviços de atenção primária à saúde expandidos no Sistema Único de Saúde, poucos profissionais dispõem-se a uma inserção mais profunda no mundo popular local. O crescimento da violência urbana e a correria entre os vários empregos também não facilitam essa inserção. Nesse contexto, cresce a importância da difusão de técnicas educativas, elaboradas por grupos que tiveram oportunidade de maior aproximação com a realidade social existente em torno de problemas específicos de saúde, por meio de manuais, como forma de superação do espontaneísmo simplificador das práticas dominantes.

No dia da reunião de demonstração, frustrei-me com a presença de apenas um outro profissional para assisti-la. Considerei tratar de desinteresse na reflexão da metodologia educativa. Como tinha viagem marcada logo em seguida, deixei o livro *Aprendendo e Ensinando a Cuidar da Saúde* no serviço, sem muitas expectativas de sua utilização. Na volta, fiquei surpreso ao encontrar o livro com sinais de intensa manipulação e com o relato de que a técnica do bebê-garrafa tinha sido adotada, com sucesso, nas várias reuniões do mês. Há ampla imprevisibilidade do ato pedagógico. A educação lida com realidades psicoculturais de grande complexidade, impossíveis de serem apreendidas em sua totalidade, por maior que seja o esforço de análise. Por isso, a educação, por mais que se apurem os conteúdos e metodologias empregadas, é sempre uma aposta num sonho de futuro em jogo marcado pela surpresa.

#### **4.1 Assustando-se com a dimensão das doenças infecciosas e parasitárias em famílias acompanhadas pelo serviço**

O problema das verminoses intestinais foi escolhido como o próximo tema a ser discutido nos grupos de desnutridos. Procuramos abordá-lo utilizando o melhor da nossa pequena experiência acumulada com o instrumental do vídeo artesanal. A filmagem inicial foi feita com bastante antecedência e precedida de contato prévio com as casas e os moradores que seriam documentados. Pretendíamos com essa gravação uma aproximação da Vila Pantanal e de sua Associação de Moradores, aproveitando a abertura de Marcos, um de seus diretores.

Cheguei à casa de Marcos na hora combinada. Ele estava dormindo. Sentei-me e, esperando que ele se aprontasse, fiquei brincando com seus filhos e conversando com sua esposa. Marcos enfim chegou, olhou para o tempo e comentou: “O sol está muito quente. Vamos fazer uma hora

enquanto ele se abaixa”. Esperamos mais uns quarenta minutos. Senti como se Marcos estivesse desconsiderando nossa combinação prévia e desrespeitando minhas outras responsabilidades profissionais.

Ao sair do Centro de Saúde para se inserir na comunidade, o profissional sai de uma cultura para encontrar outros valores e uma outra lógica de relação com o tempo. Assim, a ação na comunidade é tempo de trabalho que o profissional aprendeu dever estar regido pelo gerenciamento apresado da denominada racionalidade científica do trabalho desenvolvida inicialmente na indústria. Mas, para os moradores com quem convive, é um tempo, em grande parte, regido pela lógica da afetividade. Foi preciso um esforço para controlar minha indignação com aquele tratamento que aparentemente era de descaso para, relaxado, ir percebendo que no acolhimento com a brincadeira das crianças, o cafezinho, os biscoitos fritos na hora e, sobretudo, a conversa descontraída, a pesquisa e a ação educativa já tinham começado de forma intensa, pois me haviam aberto sua intimidade familiar na qual o ritmo das relações é dado pelo afeto. Aproximar-se e conhecer a vida familiar e comunitária local é muito mais do que ter acesso a informações importantes sobre a forma como os moradores organizam e pensam sua vida; é, antes de tudo, experimentar este jeito de viver, deixando levar-se, em alguns momentos, no seu fluxo, de forma que a compreenda também por dimensões que estão além da razão.

Uma das marcas dos educadores populares é carregar na memória experiências importantes de inserção na dinâmica de vida das classes populares, em que puderam descobrir e conhecer as dimensões “fluidas” (culturais e emocionais) da luta pela saúde que não se sujeitam ao modo operativo e objetivo das práticas profissionais habituais. Esse aprendizado ocorrido nessas experiências fundadoras de sua condição de educador, como um óculos metodológico, lhes permite “ver” (perceber) e lidar com dimensões, da ordem do imaginário e do simbólico, envolvidas em problemas concretos de saúde dos sujeitos subalternos que para muitos são “invisíveis” ou não existem, uma vez que estão escondidas pelo preconceito e pela diferença cultural. Contatos como esse na casa de Marcos, em que se convive num clima de proximidade emocional, são importantes para a atualização do aprendizado e para reforçar a confiança nos caminhos de mudança social vislumbrados por esse modo de perceber a realidade.

Quando o sol daquela tarde de verão começou a perder força, saímos para visitar as famílias que Marcos selecionara e contactara previamente. Eu lhe havia solicitado que escolhesse algumas famílias com diferentes níveis de capacidade de enfrentamento dos seus problemas de saúde. Na visita, a grande surpresa foi a constatação da intensidade da diferença

entre as várias famílias em relação ao grau de acometimento pelas verminoses intestinais (e também outras infestações e infecções banais como piodermite, sarna, piolho e enterites), bem como ao comportamento que a elas dispensavam. De um lado, havia famílias em que os vários membros sofriam de intensas manifestações desses problemas tão primários de saúde. Só recorriam aos serviços de saúde quando o quadro assumia dimensões mais graves. Tendiam, ainda, a considerar a verminose e algumas dessas outras infecções banais como algo inerente à existência e que, portanto, não exigiria maiores preocupações. Eram famílias mais pobres e com freqüentes problemas conjugais. De outro lado, havia famílias em que essas infecções e parasitoses também surgiam com freqüência mas, sendo logo tratadas, manifestavam-se apenas em quadros leves e transitórios. Em geral, eram famílias em que o marido tinha emprego estável e colaborava nas atividades domésticas, os pais tinham maior nível de escolaridade, não tinham muitas crianças pequenas e contavam com o apoio de parentes e conterrâneos morando na proximidade. Entre esses dois tipos polares de família em relação às doenças infecciosas e parasitárias corriqueiras, existiam famílias em situação intermediária.

A família de Luísa era o protótipo da primeira categoria. Separada do marido, Luísa vivia em barraco minúsculo coberto por lonas plásticas e algumas paredes fechadas com pedaços de tábuas. Internamente seu barraco estava extremamente desarrumado. Com tantas goteiras, buracos, umidade e aperto, faltando os utensílios e móveis mais básicos, há de se limpar o quê, enfeitar o quê, cuidar de quê? Luísa era uma “dona-de-casa” de uma casa que não existia (Somarriba citada em Pereira, 1990:62).

Ela tinha três filhos, a menor com dois meses de idade. Os dois filhos mais velhos estavam acometidos de piodermite e piolhos, tinham diarreias e cólicas abdominais freqüentes, eliminavam vermes pelas fezes e viviam comendo terra. Mas o último tratamento de verminose acontecera há três anos. A mãe alegava ser difícil conseguir fichas para acesso à consulta médica, além de acreditar que as verminoses não estavam prejudicando muito seus filhos pois “eles estão crescendo demais”, o que mais tarde vimos não ser verdade pois sua segunda filha, com quatro anos, era desnutrida de segundo grau. Ela não fazia parte do programa de combate à desnutrição em virtude do distanciamento da família do serviço. Íamos percebendo a importância pedagógica da classificação do estado nutricional das crianças, uma vez que propiciam às mães um parâmetro mais preciso de avaliação do crescimento e do estado de saúde dos filhos.

Outra família com situação parecida em relação às infecções e parasitoses era a de Anita. Seu marido era pedreiro, tinha emprego estável e ajudava bastante no cuidado das crianças. Mas tinham sete filhos peque-



nos (o maior com dez anos) e tinham chegado do interior do estado há menos de dois anos. Era uma família em fase de adaptação à vida em periferia urbana. Uma vizinha comentou: “Anita ainda vai ficar doida com esta meninada que não pára de fazer zoadas na sua cabeça. Coitada!” Anita comentava: “Depois que nós chegamos aqui, eu perdi o controle dos meninos. Eles ficaram desobedientes”. Procurava providenciar consultas médicas para os filhos, mas o ritmo de surgimento das doenças era maior que sua capacidade de mobilização. Ela própria tinha exame de fezes indicando ser portadora de esquistossomose e ainda não se tratara. Para essa família, as filas do Centro de Saúde e a necessidade de fazer exames laboratoriais em lugares distantes eram barreiras difíceis de ser superadas. Mesmo assim dizia: “Aqui está melhor que no interior. É mais fácil cuidar da saúde. E o ganho do meu marido é maior”.

Diferentemente, a família de Antônia e Mário mostrou-se como um exemplo extremo de situação de controle das doenças infecciosas e parasitárias corriqueiras. Mário era pedreiro com emprego estável. Moravam próximos da mãe e de várias irmãs casadas de Antônia, criando importante rede de apoio. Tinham apenas duas filhas, bem nutridas e com aspecto saudável. No entanto, as condições sanitárias eram precárias: não tinham banheiro em casa (necessitando de utilizar o banheiro da casa da mãe de Antônia); os vizinhos despejavam o esgoto de seus banheiros nos limites de seu quintal propiciando o crescimento de frondosas bananeiras e de muita mosca; morando em uma das áreas mais densamente povoadas da Vila Pantanal, estavam também submetidos a condições de intenso contágio por infecções e parasitoses intestinais. Mas o nível de cuidado das filhas conseguia superar parcialmente tal precariedade. Antônia levava mensalmente as filhas para consulta médica e puericultura em hospital público situado do outro lado da cidade. Dispensava as facilidades de acesso e proximidade do Centro de Saúde Vila Leonina porque acreditava que o atendimento nesse hospital era de melhor qualidade. O cuidado com que cercavam as filhas tornaram-nas tímidas e muito dependentes da mãe. O inconformismo com as condições sanitárias da área ocasionou importantes atritos com os vizinhos. A relativa situação de saúde das filhas tinha sido conseguida, portanto, com importantes custos emocionais.

Se para algumas famílias as dificuldades para serem atendidas nos serviços de saúde significavam barreiras quase intransponíveis, para outras eram obstáculos apenas relativos:

“Quando a gente não consegue atendimento em um lugar, consegue em outro.”

“Acordar cedo para conseguir ficha não é problema. Meu marido toma conta das coisas à noite e eu vou dormir mais cedo.”

“Ser atendido é difícil, mas com esforço a gente consegue.”

No entanto, se observávamos melhor as pessoas que assim se manifestavam, víamos que eram as que se vestiam melhor, tinham melhor estado nutricional, tinham a segurança de quem estava estabelecido há mais tempo na região e sua linguagem evidenciava melhor nível de instrução. Na heterogeneidade social da periferia urbana, as filas e exigências do serviço de saúde para o atendimento resultavam na exclusão dos setores mais miseráveis. A intensidade das manifestações das parasitoses e infecções corriqueiras era um indicador dessa exclusão e da situação de miséria mais intensa.

Voltamos alguns dias depois para a realização da filmagem. A receptividade foi muito grande. Aquela câmara, manuseada por um doutor, por sua vez, apresentado por uma respeitada liderança local, abria as portas e os corações para dimensões até mesmo conflituosas de sua vida. O vídeo ia mostrando-se como instrumento poderoso de acesso à realidade das periferias urbanas, talvez refletindo a força da televisão em suas vidas. Diferentemente das outras filmagens, gravamos os depoimentos com vagar. A concisão final do vídeo foi deixada para ser obtida na edição. A qualidade atingida foi muito maior.

O fato de nos termos aproximado daquela realidade de forma não vinculada à clientela do programa do combate à desnutrição ajudou a confirmar a impressão de que as famílias em situação de risco extremo, tão frequentes no programa, eram minoria naquela favela. A maioria das famílias era bastante operativa na busca da saúde de seus membros, apesar das dificuldades que enfrentavam.

Dias depois, fui mostrar o vídeo na Vila Pantanal, na frente do bar de Marcos. Passei antes no Centro de Saúde para ver se algum profissional também se animara a ir. Um médico disse: “você é doido de ir lá a esta hora da noite!” Mas ao contrário de seu temor, o que encontrei foi um ambiente festivo e amigável. Quando à televisão, ligada a filmadora, passou a mostrar o rosto dos presentes, foi um grande rebuliço. Seus rostos tinham também acesso àquela tela sempre dominada pela elite! O vídeo, ainda não editado e com uma hora de duração, despertou intenso interesse. Queriam se ver e ouvir naquela tela mágica. Os depoimentos sobre os problemas de saúde iam sendo comentados ao mesmo tempo que, excitados, brincavam com as imagens que surgiam. As pessoas não se mostravam constrangidas em ver suas doenças e problemas de esgoto expostos: uma senhora veio me convidar para filmar sua casa, onde a situação

sanitária seria ainda mais precária. A “magia” da televisão parecia atrair seus olhares para detalhes renegados de seu cotidiano. O que viam na tela não era novidade para eles, mas a televisão possibilitava um novo olhar e discussão sobre sua própria realidade. Além disso, a maneira como as cenas e depoimentos foram filmados, apesar das limitações técnicas, mostrava respeito e desejo de compreender-lhes as razões. O comportamento de quem filma manifesta-se nos detalhes do vídeo produzido e a assistência percebe, muitas vezes inconscientemente, de que lado ele servirá na luta de classes que permeia a vida na sociedade.

Infelizmente havia sido marcado com o padre uma missa no mesmo local, logo em seguida, e a conversa não pôde continuar.

Mas nem tudo era festa. O vídeo explicitou e tornou público conflitos a respeito do destino dos esgotos. Opiniões antagônicas foram expostas. Aquele vídeo repercutiria muito mais.

As próprias lideranças da associação de moradores não tinham conhecimento da dimensão dos conflitos trazidos pelo esgoto. Sendo, em geral, pessoas com melhor situação social, não imaginavam o sofrimento e a tensão trazidos por problemas aparentemente tão primários. Não sabiam que a situação do saneamento da Vila estava assim tão precária. O vídeo ressaltava e repetia, nas reuniões dos grupos de desnutridos que se seguiram, aquelas cenas e depoimentos, potencializando sua força e o incômodo que despertavam.

Os desdobramentos do vídeo na Vila Pantanal serão discutidos posteriormente.

#### **4.1.1 Enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando**

Se muitas cenas e depoimentos do vídeo impressionavam pela capacidade de explicitar a miséria em que muitos viviam na região, as falas que suscitou nas reuniões com as mães das crianças desnutridas foram muito mais chocantes, mostrando que o grupo de famílias reunidas pelo programa de combate à desnutrição estava mesmo entre os mais miseráveis. Toda a equipe sabia da precariedade das condições de vida daquela população, mas se assustou em ouvir os detalhes de situações de intensa perturbação e sofrimento por problemas aparentemente tão simples e fáceis de tratar. Contavam casos de crianças falecidas por quadros de obstrução intestinal por ascaridíase, eliminando vermes pela boca e nariz, história de criança destruindo a parede do banheiro pela intensidade do hábito de comer a terra dos tijolos, situação de crianças participantes do programa com sintomas intensos de verminose há mais de um ano. Muitas vezes, a situação era tão aberrante que todos riam. A miséria chega a

ser patética, como é o caso da criança contando que só gostava de comer a terra existente em determinado barranco próximo à sua casa.

A precariedade do saneamento gerava sofrimento não apenas pelas doenças que trazia, mas também pelos conflitos gerados. O destino dos dejetos, além de causar atritos, era instrumento de agressão. Sacos cheios de fezes jogados sobre as casas durante a noite ajudavam a acirrar a violência local.

O que mais impressionou, no entanto, foi constatar que a maioria dessas crianças, que todo mês vinham ao Centro de Saúde, estavam eliminando vermes pelas fezes e eram portadores de sinais de intensa infestação. Um grande número comia terra em razão da anemia ferropriva, possivelmente em consequência da ancilostomíase. Uma porção significativa das mães também era portadora de vermes intestinais. Ficou evidente haver grande erro na condução do programa que, apesar de reunir, avaliar a desnutrição e distribuir suplementação alimentar todos os meses permitia que problemas médicos tão simples de serem tratados continuassem a afetar crianças e famílias de forma tão intensa.

Por que isso ocorria? Manifestamos surpresa nas reuniões, pondo em discussão essa questão que nos intrigava. Agindo assim, nos aproximávamos da *educação problematizadora* proposta por Paulo Freire, em que:

[...] o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem.

[...].

Deste modo, o educador problematizador refaz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscibilidade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítico, também (Freire, 1979:78-80).

Era evidente que a precariedade do saneamento local levava a uma constante reinfestação. “Estou sempre tratando os vermes dos meus meninos, mas eles sempre estão com vermes. Eu fico até desanimada de tratar.” A constante reinfestação exigia grande esforço para seu controle. Foi ficando claro que as exigências do serviço para realizar o tratamento eram um grande obstáculo. Não era apenas a necessidade de conseguir a vaga da consulta, pois a maioria dos médicos só prescrevia medicamentos se fosse realizado exame parasitológico de fezes (feito em laboratório privado conveniado, situado fora da região). Assim, para cada tratamento

de vermes, se exigia pelo menos seis idas ao serviço de saúde: conseguir a ficha pela manhã, ida à consulta, ao laboratório (para levar o material e para pegar o resultado), conseguir nova ficha e, finalmente, a consulta em que era feita a prescrição. Em duas dessas oportunidades era preciso tomar um ônibus. Havia, ainda, as vezes em que não se conseguia a vaga da consulta, apesar de se ter acordado cedo ou quando faltava o médico ou o medicamento. Muitas mães interrompiam o processo no meio do caminho, tendo armazenadas em casa várias solicitações ou resultados de exame de fezes. Diante da dificuldade de controle, tendia a consolidar-se uma postura de aceitação da convivência com a verminose como algo natural, dominante na cultura rural brasileira até há algumas décadas. Afinal, suas conseqüências de espoliação do organismo são lentas e se confundem com as causadas pela própria desnutrição e pobreza. Jamais os profissionais presentes haviam imaginado a dimensão das barreiras existentes na rotina do serviço ao tratamento de doenças tão banais.

A conduta médica padrão é construída em outros ambientes sociais e institucionais. Pressupõe disponibilidade do paciente para uma série de procedimentos antes do tratamento. Para categorias sociais em que os problemas médicos são ocasionais e que freqüentam serviços mais ágeis e com melhor tratamento da clientela, essas exigências não são tão pesadas. Mas para essas famílias marcadas pelas reinfestações freqüentes e outras agressões ao organismo, bem como pelo sufoco de tarefas, da tensão psicológica e da carência dos mínimos recursos materiais, as exigências da rotina médica dominante tornavam-se barreiras intransponíveis.

As reuniões aconteciam de forma agitada, pois tocavam em problemas importantes. Nessa agitação, não se percebia a instauração de uma grande novidade na forma de relação entre as mães (talvez as mais miseráveis dos moradores da favela) e os profissionais de saúde. Lá estavam elas, diante de doutores, constituindo, pelo diálogo, um discurso crítico ao serviço e ajudando a delinear nova postura diante das verminoses intestinais. Com certeza, essas mães, antes das reuniões, não tinham ainda construído com clareza sua visão e discurso crítico sobre os entraves institucionais ao tratamento das verminoses como se chegou ao final. Dialogando entre si e com os profissionais, essa percepção e análise foram se constituindo.

Tem-se referido à linguagem, especialmente com relação a sua dimensão de instrumento de comunicação. Mas antes de ser importante para a comunicação, a linguagem o é para a elaboração; antes de ser mensagem, a linguagem é construção do pensamento; e antes de ser veículo de sentimentos, idéias, emoções, aspirações, a linguagem é um processo criador em que organizamos e informamos nossas experiências. Assim, a lingua-

gem não é só um dado ou resultado; é um processo e um trabalho que dão “forma” ao conteúdo impreciso de nossas experiências (Franchi, 1977:19-22). Nesse sentido, uma preocupação metodológica fundamental para a educação popular é a criação de espaços em que educandos e educadores possam, pelo diálogo, debruçar-se sobre questões importantes na busca de melhores condições de vida.

Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar (Freire, 1979:92).

A discussão entre profissionais de saúde, buscando modificar suas rotinas técnicas já bem estabelecidas, costuma gerar intensa polêmica. Mas os depoimentos e reflexões das mães foram tão convincentes que, logo após os debates, sem maiores discussões, os médicos participantes das reuniões passaram a prescrever medicamentos para parasitose intestinal, sarna, piolho e piodermite, bem como para anemia ferropriva na própria sala de reuniões. Prescreviam não só para as crianças desnutridas, mas para toda a família quando havia necessidade. Foi um grande alívio para as mães. Os profissionais, dialogando entre si e com a população, iam também constituindo um novo saber sobre a abordagem das parasitoses e infecções corriqueiras. A participação popular facilita a interdisciplinaridade, uma vez que traz para o diálogo entre os profissionais uma importante referência que ajuda a descentrar das disputas corporativas entre as diversas categorias profissionais o debate sobre problemas concretos.

No Centro de Saúde falava-se com frequência sobre a importância da interdisciplinaridade. Ela era sempre anunciada e buscada como se dependesse essencialmente do empenho e boa vontade dos profissionais. Cada profissional, trazendo seu saber específico para a montagem de um saber integral em saúde, funcionaria como na montagem de um grande quebra-cabeça em que as diferentes peças dos vários saberes específicos se encaixariam entre si. Mas o relacionamento entre os profissionais ia mostrando que as peças das diferentes disciplinas em que se formaram não se encaixavam, não se justapunham. Os diversos saberes e as diferentes especialidades não diferem apenas nos temas que abordam. Seus conteúdos não se constituem apenas de conhecimentos diferentes mas iluminados por uma mesma racionalidade científica ou por uma lógica comum. Cada disciplina, cada especialidade constitui-se em torno de tentativas racionais de explicação de problemas humanos particulares, mas também para responder a interesses específicos de determinados grupos sociais e segundo as tradições subjetivas e culturais inconscientes da corporação de



profissionais que a desenvolveu. A parte “invisível” ou não explícita desses saberes torna, muitas vezes, o diálogo interdisciplinar em um “diálogo de surdos”. O episódio de reorientação da conduta profissional a respeito do problema das verminoses mostrou como a indignação e a mobilização emocional diante da urgência da dor e da miséria humana podem ser elementos importantes na construção da interdisciplinaridade, pois despertam nos profissionais um empenho para releitura do seu próprio saber disciplinar com base em outra racionalidade. O interesse e a lógica popular expressas nesses momentos de vivência e discussão participada assumem o papel de referência comum na negociação e entendimento entre profissionais oriundos de tão diferenciadas tradições disciplinares. O afeto que se desenvolve nesses momentos torna-se importante elemento de motivação e de comunicação na construção, também inconsciente, da interdisciplinaridade.

O vídeo baseado em depoimentos e cenas locais provocou ainda o debate de muitos outros temas: o significado médico do ato de comer terra, a validade e riscos da compra de medicamentos sem receita nas farmácias, os tipos de verminose, seus sintomas e formas de contágio, a utilização da medicina popular, os efeitos do medicamento mebendazol, a colaboração e os atritos entre vizinhos em decorrência do destino dos dejetos, a luta política da comunidade pela melhoria do saneamento, as razões da pouca participação dos moradores nessas lutas, etc. Os temas iam sendo desenvolvidos e deixados de lado ao sabor dos interesses e da espontaneidade. Essa abordagem fragmentada de vários temas incomodava a alguns profissionais acostumados com o modelo de educação em saúde baseado em palestras, em que cada tema é abordado de forma mais sistematizada. Envolvidos no calor da discussão e preocupados com a condução da reunião, não percebiam a riqueza das discussões. Nesse sentido, a edição da filmagem de três reuniões foi muito importante, pois permitiu à equipe reavaliar, por meio do vídeo, o que havia ocorrido. A edição da filmagem, ao tirar as repetições, ruídos e organizar as idéias expostas, ressalta os saberes construídos no processo. A comunicação na sociedade moderna é bloqueada também pela multiplicação e o embaraçamento das falas e pelo turbilhão de atividades que, através dos diferentes turnos de trabalho, das atividades simultâneas e da inconstância dos grupos, fragmenta o diálogo. O trabalho de gravação e edição pode ser feito na perspectiva de ordenar, ressaltar o fundamental e difundir, para além das barreiras de tempo e espaço, as idéias construídas nos momentos mais importantes da relação entre o serviço de saúde e a população. Nessa perspectiva, cabe ao educador não apenas a criação de espaços de interação cultural entre os atores envolvidos nos problemas de saúde, mas

o cuidado, por meio de instrumentos técnicos de comunicação, de ordenamento e difusão do diálogo construído nesses espaços.

A discussão do vídeo já editado sobre as reuniões com as mães pela equipe do programa de combate à desnutrição resultou numa padronização da conduta diante das parasitoses e infecções corriqueiras da clientela do programa de combate à desnutrição, organizando e sistematizando a iniciativa espontânea dos médicos. Medicamentos como mebendazol, sulfato ferroso, pomada de antibiótico e loção escabicida (para sarna) seriam receitados após a reunião para quem necessitasse. Funcionários não médicos poderiam solicitar exame parasitológico de fezes a pedido das mães.

#### **4.1.2 Meios de comunicação como instrumentos de ampliação da educação popular para o grande público**

Percebia-se que as novas informações obtidas no processo educativo precisavam ser divulgadas para outros setores do serviço e para outros públicos. Muitos funcionários não ligados à equipe vinham assistir à parte de nossas reuniões ou levavam o vídeo para assistir em casa. Mas essa difusão era ainda pequena. A realização de reuniões com todos os funcionários tinha custo alto, pois exigia a interrupção das atividades do Centro de Saúde. Inspirados por uma experiência de educação em saúde, denominada “Vídeo na Sala de Espera” e adotada por uma equipe de comunicadores em outros centros de saúde de Belo Horizonte, foi proposto que se instalasse um suporte de televisão e videocassete no corredor onde a população esperava pelas consultas médicas. Imaginava-se que os vídeos passados no corredor de espera, além de fazer repercutir aquelas reflexões para um público maior da região, acabariam atingindo também o restante dos profissionais, mesmo que o assistissem por partes. Vídeos educativos produzidos em outros locais também poderiam ser difundidos.

No debate, surgiu uma questão: idéias lançadas num ambiente disperso e ouvidas de forma entrecortada por outras atividades teriam algum efeito educativo? A eficiência da ação educativa não exigiria direcionalidade e maior controle das condições de recepção? Eram interrogações importantes, que espelhavam o fato de estarem as reflexões educativas tradicionalmente referidas ao contexto da sala de aula. Mas a força conseguida pela televisão e o rádio, freqüentemente assistidos em meio a outras atividades, veio mostrar que esses meios de comunicação e educação podem ocupar importante espaço se conseguem inserir-se no turbilhão da vida moderna. As práticas educativas precisam também saber aproveitar os espaços fragmentados e fugazes disponíveis no cotidiano agitado e instável do cidadão contemporâneo.

Uma outra questão importante surgiu: é válida uma educação baseada na transmissão de idéias para receptores passivos que não têm espaço para responder e debater suas próprias opiniões? Tal questão parte do pressuposto de que o ato de escuta é passivo. Mas, na verdade, um ouvinte que recebe e compreende a significação de um discurso adota simultaneamente, para com esse discurso, atitude responsiva ativa: ele concorda ou discorda (total ou parcialmente), completa com idéias próprias e o adapta ao seu contexto de vida. Essa atitude de elaboração mental do ouvinte acontece nos vários momentos do processo de escuta e compreensão. A compreensão de uma mensagem é sempre acompanhada de atitude responsiva ativa, embora o grau dessa atividade seja variável. Toda compreensão gesta uma resposta que, no entanto, nem sempre se expressa em palavras ou acontece no momento seguinte. Pode resultar apenas em atitudes ou ser uma compreensão responsiva de ação retardada (calada, por determinado período de tempo). Pode resultar em resposta direta ou em alteração sutil de comportamentos e discursos proferidos em situações posteriores aparentemente não correlacionadas (Bakhtin, 1992). Uma mãe ligada ao programa de combate à desnutrição veio comentar que uma médica do serviço receitara medicamento para parasitose intestinal para todos os seus filhos sem exigir exame de fezes. Essa médica, por algumas vezes, tinha assistido silenciosa a pequenos trechos das reuniões.

A proposta de passar a veicular os vídeos no corredor de espera foi aceita pela chefia do Centro de Saúde, que contratou um serralheiro para construir o suporte da televisão. O suporte ficou pronto, mas não foi colocado no lugar. Com o encerramento da fase de coleta intensiva de dados desta pesquisa, fui distanciando-me do serviço, e os funcionários, já sobrecarregados com outras atividades, percebiam que a manutenção de uma atividade regular de educação em saúde exigia disponibilidade de recursos humanos voltados para essa finalidade, o que não existia no Centro de Saúde, nem mostrava ter perspectivas de ser conseguida pois não estava contemplada entre as prioridades da Secretaria Municipal de Saúde. Havia simpatia pela constituição de atividades educativas, contanto que fossem algo espontâneo sem exigir reorientação significativa dos recursos institucionais. Mas não se constrói um trabalho sistemático e ampliado de educação em saúde apenas com iniciativas espontâneas. O suporte de televisão e vídeo foi encostado em um canto do Centro de Saúde, mostrando a limitação das condições institucionais para a ampliação das atividades educativas para além dos pequenos grupos.

A questão da difusão do ato educativo toca num entrave importante das práticas usuais de educação popular em saúde. Pelo fato de que a metodologia da educação popular se consolidou em um contexto de repressão

pelas ditaduras militares latino-americanas em que o espaço possível de intervenção eram pequenos grupos distantes dos grandes centros de poder, suas experiências são marcadas pela tradição de relação educativa de proximidade interpessoal. Mas, nos atuais serviços de saúde, as condições são outras. Eles são responsáveis por grandes contingentes populacionais em que a heterogeneidade social e a presença de grande diversidade de atores interagindo em alianças e conflitos instáveis e variáveis, tornam insuficiente a utilização de uma metodologia centrada na atuação educativa duradoura em pequenos grupos com grande convivência interpessoal. Nesse sentido, as tentativas de transposição direta para os serviços de saúde da metodologia empregada nas experiências educativas informais dos anos 70 e 80 resultaram em grandes dificuldades, a ponto de muitos ex-militantes terem concluído pela inadequação da educação popular ao contexto institucional possibilitado pela conquista da democracia. Para eles, educação popular seria algo do passado por ser adequada apenas para grupos pequenos. Mas uma das chaves para a saída do impasse está na articulação, possibilitada pelos meios de comunicação, entre o trabalho educativo e de pesquisa em pequenos grupos e a atuação educativa no grande público. Para além do domínio dos grandes meios de comunicação de massa por gigantescas empresas do setor de comunicação, existem meios intermediários de comunicação (boletins, vídeos, sistemas locais de difusão sonora por alto-falantes, cartazes) acessíveis aos profissionais de saúde de nível local. Assim, a busca de caminhos para a difusão ampliada de reflexões e pesquisas produzidas em grupos menores é uma etapa do processo educativo que precisa ser priorizada. De forma alguma é automática; exige audácia, criatividade e trabalho sistemático.

Há uma rica experiência latino-americana na utilização desses meios de comunicação numa perspectiva de educação popular a que o profissional de saúde pode recorrer. Mas sua utilização requer maior disponibilidade de tempo e nível mais elaborado de formação profissional.

O esforço para a produção de materiais educativos para os meios de comunicação como vídeo, rádio, impressos e programas em sistemas locais de difusão sonora é compensado quando se atinge um público significativo. Exige maior rigor na sua confecção e maior disponibilidade de tempo e de recursos materiais do que as atividades criadas apenas para um evento educativo circunscrito. Afinal, suas mensagens atingem os mais variados públicos, em ambientes e situações fora do controle do educador. A compreensão não é auxiliada por gestos, olhares, perguntas e interferência de terceiros, normalmente presentes na comunicação interpessoal em contexto de proximidade. A utilização freqüente de instrumentos técnicos complexos fragiliza a relação educativa. Assim, a gravação em

vídeo de algumas reuniões do programa de combate à desnutrição frequentemente causava certo transtorno à sua dinâmica. Volta e meia aconteciam problemas nas conexões entre os diversos aparelhos, atrasando ou interrompendo as reuniões; o microfone costumava inibir a espontaneidade do debate; o menor domínio de manejo técnico dos aparelhos por outros profissionais resultava em menor participação de muitos deles. Mas tal esforço e transtorno compensavam pela perspectiva de utilização posterior dos materiais produzidos como elementos de reflexão da equipe e na difusão para outros grupos de profissionais e de moradores.

Assim, a metodologia da educação popular pode orientar a utilização dos meios de comunicação nos serviços de saúde. O conteúdo difundido por meios de comunicação para públicos amplos (independentemente de relações interpessoais) pode ser uma construção coletiva de pequenos grupos, com a participação de técnicos e populares, em que problemas importantes para essa população foram discutidos. Pode ser uma construção em conjunto com as organizações populares locais. O conteúdo transmitido também pode ser produzido para trazer uma contribuição específica para debate coletivo que está mobilizando determinado grupo social. Sua veiculação pode ser, ainda, realizada de forma que as reações e polêmicas provocadas pela comunicação sejam captadas e trabalhadas em outras comunicações, construindo um processo de debate em etapas.

#### **4.1.3 Não basta decisão política; é preciso “um saber fazer” incorporado à instituição**

Assim como aconteceu com o vídeo sobre a desnutrição dos filhos de Zefinha, o vídeo sobre verminose, incluindo a gravação das reuniões e depoimentos com as impressões de alguns profissionais locais, foi encaminhado para especialistas de diferentes áreas do conhecimento: uma socióloga (Mercês Somarriba<sup>1</sup>), uma epidemióloga (Elisabeth França Mendonça<sup>2</sup>) e dois pesquisadores em medicina tropical (Naftale Katz e Ana Lúcia Rabelo<sup>3</sup>), cujos depoimentos foram filmados para posterior discussão no Centro de Saúde.

---

<sup>1</sup> Professora-titular do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG e orientadora desta pesquisa.

<sup>2</sup> Funcionária da Secretaria Estadual de Saúde e do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG.

<sup>3</sup> Pesquisadores de Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação do Instituto Oswaldo Cruz em Belo Horizonte.

Vários desses especialistas notaram nas falas dos profissionais do Centro de Saúde um desânimo e um descrédito em investir mais intensamente no tratamento das verminoses intestinais. O desânimo seria devido à grande possibilidade de reinfestação a curto prazo após o tratamento e ao fato de usualmente as parasitoses intestinais não causarem quadros agudos graves. Além disso, sendo doenças de tratamento simples, freqüentes apenas nos setores mais pobres da sociedade, elas vêm deixando de despertar o interesse da medicina. No entanto, são patologias que causam progressiva espoliação do organismo, facilitando a emergência de quadros graves causados por outras patologias. Seu combate é, portanto, uma prioridade. Na literatura médica não há dúvida sobre a importância de seu tratamento mesmo que necessite ser repetido com freqüência. Mesmo que a reinfestação ocorra rapidamente após o tratamento, sabe-se que desencadeia acentuada diminuição da gravidade dos sintomas e da espoliação causada pela verminose. O baixo custo do principal medicamento utilizado (o mebendazol tem um custo internacional de 50 centavos de dólar por tratamento) invalida até mesmo as justificativas de ordem financeira para o não-empenho no seu combate.

Várias experiências internacionais e no Brasil têm demonstrado que a busca empenhada de tratar e controlar coletivamente as parasitoses intestinais pode desencadear a mobilização da população e das autoridades políticas e possibilitar importantes mudanças nas condições locais de saneamento. Por serem problemas muito presentes no cotidiano dos pobres, têm grande potencial mobilizador. Mas é preciso buscar formas de combate que superem a rotina dispersa do tratamento individual. Nesse sentido, o tratamento de massa, medicando toda a população independentemente da realização de exames parasitológicos de fezes, em áreas onde a freqüência da infestação atinge mais que 50% dos moradores, é uma estratégia que já comprovou ser eficaz. As pessoas apreciam participar de campanhas de massa bem conduzidas, que são motivos concretos para se engajarem em ações educativas e para os profissionais do serviço se aproximarem da vida comunitária (Mello, 1988:141). Uma campanha assim pode resultar em intensificação das relações entre o serviço de saúde e a população. Além disso, o tratamento de massa, repetido periodicamente, ocasiona importante diminuição da freqüência de novas infestações por tornar o ambiente menos contaminado (Botero, 1979).

A pesquisa evidenciou a heterogeneidade da população em relação ao acometimento pelas parasitoses intestinais e outras infestações e infecções corriqueiras. Mesmo entre as famílias com crianças desnutridas, havia grande variação quanto à intensidade do acometimento, a ponto de a equipe do programa ter utilizado essa característica como parâmetro indi-

cador da necessidade de investigação da situação familiar por meio de visitas domiciliares. Os próprios moradores apontaram as famílias com membros intensamente acometidos com verminose intestinal como fontes de irradiação e contágio da infestação na região. Com base nesse raciocínio, é possível sugerir que o acompanhamento diferenciado dessas famílias pelo serviço possa ter importante impacto na frequência e intensidade de acometimento dessas parasitoses na população como um todo, aparecendo como alternativa ou como iniciativa complementar de campanha de tratamento em massa. Assim, o acompanhamento às famílias em situação de risco seria não apenas uma forma de levar mais eficazmente os cuidados de saúde aos grupos mais vulneráveis, mas também uma estratégia de controle da transmissão das infecções e parasitoses mais frequentes na totalidade da população.

Os depoimentos dos especialistas, voltados para a discussão de ações comunitárias pertinentes ao enfrentamento das parasitoses e infecções corriqueiras, não tiveram repercussão entre os funcionários. Em reunião em que participou, também, um grupo de funcionários de outro centro de saúde interessado em conhecer o processo de pesquisa-ação do Centro de Saúde Vila Leonina, a audiência do vídeo desencadeou um debate, não sobre as falas neles contidas, mas sobre as dificuldades de adoção de atividades educativas e comunitárias na atual conjuntura da Secretaria Municipal de Saúde. Não fazia sentido discutir detalhes de propostas de atuação comunitária para o controle das verminoses se os profissionais vinham angustiando-se intensamente com a falta de condições para atividades educativas muito mais simples. Se o discurso político da Prefeitura de Belo Horizonte, governada por membros do Partido dos Trabalhadores, enfatizava uma ação estatal integrada à vida das classes populares, essa vontade política não havia ocasionado ainda reformulação mais profunda da máquina administrativa municipal. Ao contrário da crença generalizada em regiões onde o poder político sempre se opôs às formas efetivas de participação popular no gerenciamento dos serviços públicos, a decisão política dos governantes de adotá-la não é condição suficiente para seu desenvolvimento. Não basta querer fazer, é preciso saber fazer. Não basta alguns funcionários e lideranças saberem fazer, é preciso que esse saber fazer se generalize para a instituição como um todo, descobrindo-se os caminhos administrativos de operacionalização. Segundo o depoimento de funcionários presentes à reunião, os profissionais dos distritos sanitários responsáveis pela coordenação das atividades dos diversos centros de saúde não tinham experiência nem capacitação teórica sobre a dinâmica de interação com a comunidade. Ao contrário de apoio às iniciativas locais nesse sentido, vinham sufocando-as pela exigência intensa

de ações técnicas mais tradicionais. A política de treinamento dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde enfatizava o repasse de informações definidas pela burocracia central, sem valorizar a troca de experiência entre os profissionais locais ou a construção conjunta de novo modelo de intervenção. Os concursos públicos para admissão de funcionários vinham selecionando apenas pela avaliação do domínio de conhecimentos técnicos tradicionais. Além disso, como resultado do descaso histórico com os problemas de saúde da população, a instituição vivia sufocada por intensas e diversificadas demandas, muito maiores que sua capacidade de intervenção. A adoção de ações educativas e técnicas na comunidade competia com a urgência de outras demandas também legítimas.

Ia ficando evidente a importância das barreiras institucionais gerais para a ampliação das atividades educativas e das ações coletivas no Centro de Saúde Vila Leonina.

Mas, se era necessária maior mudança institucional, para a ampliação das atividades educativas continuava existindo espaço para iniciativas de grupos de profissionais com alguma repercussão em setores da população. Três meses após a filmagem dos depoimentos sobre as parasitoses intestinais, voltamos à casa de Luísa. Quem nos recebeu, desconfiado, foi o marido, que resolvera voltar para casa. Ficamos admirados com as melhorias da casa. Em vez de lonas, o barraco agora estava coberto de telhas. As paredes eram, agora, todas de tijolo e cimento (não rebocadas). Um banheiro com privada tinha sido construído, apesar de o esgoto estar sendo jogado no terreno ao lado. Manifestamos nossa alegria, mas já dizendo da importância de se construir uma fossa. Mas o marido de Luísa respondeu: “Aqui no Pantanal, ninguém usa fossa, pois o chão tem muita pedra”. Por sorte, o vice-presidente da Associação de Moradores estava do lado e retrucou: “Não, a maioria das casas aqui tem fossa sim. E é importante que todos tenham, para um não ficar contaminando o outro. Se você quiser a gente ajuda você construir”. A participação de lideranças comunitárias nos trabalhos educativos possibilita que muitas recomendações deixem de ser insistência dos doutores para se tornarem expectativa do restante da comunidade.

Fomos embora admirados com a importância da presença do pai na família para a melhoria das condições de moradia. Mas, no mês seguinte, nos encontramos com Luísa que nos deu outra explicação para as melhorias em sua casa:

“O que fez ele consertar a casa foi o filme. Naquela época nós estávamos separados, mas mesmo no tempo em que ele morava com a



gente, ele nunca preocupava de endireitar o barraco. Quando assistiu o filme na frente da casa do seu Marcos, ele ficou com vergonha. Muita gente mexeu com ele por causa da nossa situação.”

O vice-presidente da Associação de Moradores, de novo presente, comentou: “Às vezes é preciso um empurrãozinho de fora...” Luísa sorriu, concordando e agradecendo.

Nossa intervenção tinha um poder simbólico atuando através de caminhos que nos surpreendiam. Na verdade, a mudança não ocorrera por pressão nossa, mas dos próprios vizinhos. Foram os comentários dos vizinhos que o envergonharam. Nosso papel, não intencional, foi criar um espelho por onde reviram e analisaram sua própria realidade, tornando suas imagens motivo de discussão comunitária. O vídeo tornou pública a ausência (ou a precariedade) dos equipamentos sanitários normalmente não valorizados socialmente porque são utilizados na intimidade.

Entre os pobres urbanos existem bens de consumo que são importantes para tentar fugir da classificação social de miserável e fracassado. A roupa parece ser o objeto de consumo que, do ponto de vista individual, oferece a oportunidade mais clara e acessível para fugir dessa identificação. O vestuário está dividido em dois tipos. Existe a roupa de ficar em casa, de trabalhar, isto é, de estar com os outros pobres nas situações cotidianas em que convivem. Existe a roupa de sair — essa é a que imita ou reproduz o modo de vestir dos “ricos”. Essa roupa é nova e colorida. Daí a existência de um setor da indústria têxtil especializado em reproduzir, rapidamente e a preços acessíveis, os itens de vestuário em moda nas classes superiores. Essa é a razão da rapidez com que esses itens vão sempre sendo substituídos no consumo mais sofisticado das classes superiores, de modo que evite essa “insuportável” confusão social e tenha meios simbólicos de continuar a marcar as diferenças de classe. Para o pobre, sair implica deixar o ambiente da casa, da vizinhança, dos colegas de trabalho onde não há o sentimento de vergonha por estar com roupa velha, feia e suja. A vergonha e a caracterização de que se vive em situação de extrema privação está em sair com esse tipo de roupa. O sair torna possível o encontro entre pessoas de diferentes níveis de renda e classes sociais e esse encontro possibilita a comparação, a avaliação, a identificação por meio da roupa. O sair é uma atividade pública por definição e marca o afastamento da esfera da vida privada.

Os eletrodomésticos, rádio, televisão e aparelhos simplificados de som também têm essa função de buscar transmitir um valor de relativa prosperidade e sucesso a quem os possui. São aparelhos usados socialmente. Por isso são colocados em lugar de destaque na casa e costumeiramente enfei-

tados com cobertas coloridas. Mas existem equipamentos caseiros que não têm esta função de diluir a vergonha de ser pobre e ressaltar a dignidade de quem os consome. São notadamente os utilizados e consumidos na intimidade. O exemplo mais evidente são as roupas de cama (com exceção dos cobre-leitos). Dormir não é atividade social que reúna senão os membros do grupo doméstico. É comportamento privado, nunca público. Mas quando uma filha vai casar, sua compra torna-se importante pois vai ser exibido socialmente a parentes, vizinhos e amigos. As roupas íntimas também não costumam merecer maior atenção (Zaluar, 1985:103-4).

No entanto, do ponto de vista da medicina, os equipamentos e objetos de uso e consumo na privacidade do lar são de fundamental importância. Assim, os agentes de saúde têm interesses por dimensões do cotidiano da vida popular que são estranhos do ponto de vista social. Ao se interessarem pelo defecar, o destino dos dejetos, a higiene íntima, os detalhes na preparação dos alimentos, o manejo das crianças e velhos na intimidade e a limpeza dos recantos mais privados da casa, eles terminam ressaltando socialmente aspectos mais íntimos da vida privada. Esse movimento costuma ser incômodo e desagradável. O agente de saúde trabalha nos limites da indiscrição. Mas o vídeo com o depoimento de Luísa e as imagens de sua casa realizou esse papel de uma forma revestida da magia da televisão que colore e transforma em *show* as cenas repetidas do cotidiano. Em vez de insistir em transmitir mensagens a serem executadas posteriormente na intimidade escondida do lar, o vídeo possibilitou tornar público o cotidiano de dimensões dessa vida íntima, tornando-as centro de debate da própria comunidade. A exposição nas reuniões dos grupos de desnutridos, pelo vídeo, de detalhes da vida privada de alguns moradores quanto ao manejo dos “vermes das fezes” e dos dejetos familiares motivou os outros participantes a trazer para o debate as próprias vivências pessoais nesse aspecto. Assuntos que normalmente causam vergonha tiveram espaço. As transformações ocorridas deixaram de estar centradas no ensinamento dos técnicos para serem uma construção grupal. Certa vez, a fita cassete desapareceu e a reunião teve de ser feita sem o vídeo. Ficamos impressionados com a diferença: as mães tendiam a se manifestar dando pequenas opiniões sobre o tema, evitando expor as vivências pessoais.

À medida que as reuniões iam explicitando essa rede de significados simbólicos que permeia e orienta o cuidado à saúde e a utilização dos recursos sanitários, tornava-se mais claro como o processo educativo em saúde passa essencialmente pela capacidade de criar novos significados para esses gestos e atitudes tão banais do cotidiano, de modo que eles se tornem significativos e ganhem um sentido na busca de “ser mais” presen-



te em todo cidadão. Esse processo era dinamizado muito mais pelas dimensões afetivas e rituais dos atos pedagógicos e de suas repercussões do que pelos conhecimentos transmitidos e aprendidos. Os próprios conhecimentos aprendidos na dinâmica educativa só geravam mudanças significativas à medida que assumiam importantes sentidos emocionais, culturais ou espirituais nos atores envolvidos.

Por causa do vídeo, Luísa passou a se sentir conhecida e um pouco mais acolhida no Centro de Saúde. O vídeo transforma o cidadão anônimo em cidadão significativo para o público que o assiste. Por causa da maneira como foi feito e discutido, tornou mais compreensível o comportamento de Luísa, antes visto como negligente. Suas crianças melhoraram: pararam de comer terra, ficaram sem diarreia, sem eliminar vermes, os piolhos desapareceram e as infecções na pele curaram. Luísa até brincou que estava com um pequeno estoque de remédios para verme em casa em razão das várias receitas que tinha recebido.

Mas alguns meses depois, Luísa veio me contar a morte de sua filha menor, com nove meses de idade. Durante a greve dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde em 1995, ela foi acometida de infecção respiratória que se arrastou por quase vinte dias. Quando conseguiu interná-la já estava muito grave, morrendo de pneumonia. Provavelmente sua morte seria evitada se o Centro de Saúde estivesse funcionando e a família de Luísa sendo acompanhada.

Pelo sucesso e pelo fracasso íamos percebendo o significado de um acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde das famílias mais vulneráveis do Aglomerado Morro das Pedras.

## **4.2 Marchas e contramarchas do apoio ao saneamento da Vila Pantanal**

A equipe do programa de combate à desnutrição havia decidido escolher uma pequena área da região para atuar de forma continuada e intensiva juntamente com as organizações populares locais tendo em vista enfrentar seus problemas coletivos mais importantes para a saúde da população. Seria uma tentativa de construção de experiência em intervenção comunitária que pudesse ser posteriormente utilizada em áreas mais amplas.

A primeira impressão de quem avista o conjunto de favelas do Aglomerado Morro das Pedras é de que se trata de uma única grande favela. É difícil, então, entender a lógica de divisão da área em uma série de vilas cujas fronteiras aparentemente não têm razão de existir. Vila é a denominação aí usada em substituição ao termo *favela*, com objetivo de suavizar



o impacto negativo que este carrega. Apenas com a convivência se vai percebendo que cada vila tem, de fato, identidade própria dada por aspectos que seriam secundários para bairros de classe média. Na precariedade das ruas, as vias importantes de acesso marcam profundamente as áreas de contato e convívio mais intenso. Pequenos acidentes geográficos têm grande importância na separação entre vizinhanças. As diferentes histórias de ocupação de cada área criam diferentes organizações populares de luta, definem o predomínio de categorias sociais entre os moradores e diferenciam a idade das famílias. Assim, na área de favelas sob responsabilidade do C. S. Vila Leonina existem cinco vilas: Leonina, Santa Sofia, Milagres, Antenas e Pantanal.

A Vila Pantanal é a menor delas. No último censo demográfico, em 1991, sua população residente era de apenas 210 habitantes. Separada do restante do Aglomerado Morro das Pedras por um riacho, é a área de ocupação mais recente. Cresceu ocupando área reservada à preservação ambiental de um bairro de classe média alta criado há menos de uma década. É portanto cercada, em grande parte, por ruas asfaltadas, facilitando-lhe o acesso. Ao contrário do restante do Aglomerado, cuja posse da terra pelos moradores já foi legalizada, os moradores da Vila Pantanal vêm sofrendo constantes pressões para desocupar a área, notadamente pela iniciativa dos proprietários de lotes do vizinho bairro Estoril que abertamente alegam o prejuízo que estão tendo com a desvalorização de seus terrenos pela presença da favela. Alegam ainda tratar-se de uma área de risco para a habitação em virtude da grande inclinação do terreno. Mas quase todo o Aglomerado está em área de intenso declive. Em 1992 houve deslizamento de terra na área que causou várias mortes e desalojou 27 famílias, ajudando a fortalecer os argumentos dos proprietários de imóveis do bairro Estoril. Porém o deslizamento foi causado por terra acumulada proveniente de trabalhos de terraplanagem realizados para a construção de grande prédio de uma revendedora de automóveis na parte mais alta do morro, onde passa a importante Avenida Raja Gabágliã. Criminosamente, a construtora não se preocupava com a terra que despejara na parte mais alta do morro ocupado por tantos barracos.

A abertura e amizade de Marcos, vice-presidente da Associação de Moradores da Vila Pantanal, com a equipe do Centro de Saúde foi decisiva para a escolha da área. Além disso, a facilidade de acesso e a fama de ser lugar com pouca violência ajudaram a despertar a simpatia da equipe. Talvez pela insegurança de seus moradores diante da possibilidade de desalojamento, notávamos entre eles uma abertura maior à nossa presença que em outras áreas do Aglomerado. O vídeo sobre verminose aí realizado e seus desdobramentos consolidaram a escolha. As filmagens nas

casas e a exibição do vídeo na frente do bar de seu Marcos criaram importantes canais de acesso da equipe do Centro de Saúde à dinâmica social local. A própria Associação de Moradores, ainda em processo de estruturação, descobriu, além da luta pela não-remoção da região que até então absorvia todas as suas iniciativas, a importância da luta pela melhoria das condições sanitárias.

Após o sucesso da primeira exibição do vídeo, cujo debate tinha, no entanto, sido impedido pela missa marcada logo em seguida, marcamos nova reunião. Dessa vez levei o vídeo já editado, com a duração de vinte minutos, para que houvesse mais tempo para as discussões. Chovia fino naquela noite. Quando cheguei fui recebido com brincadeiras e sorrisos pelas crianças, mostrando que minha presença já era ali familiar. Montei os aparelhos e fiquei aguardando a chegada dos adultos. Por que não vinham? Por causa da chuva? Vergonha de seus problemas internos expostos? Reativação dos conflitos entre vizinhos explicitados no vídeo? Falta de divulgação? Chateação com a repetição do mesmo tema? Mesmo moradores que residiam em casas próximas não chegaram. Minha pequena proximidade com a vida daquelas famílias não permitia que eu tivesse acesso às razões profundas dessas ausências. Mas já estava acostumado com fracassos temporários em práticas comunitárias. O importante era dar continuidade ao processo de inserção, pesquisa e educação. Muitas vezes as explicações aparecem bem depois. Com os quatro adultos presentes em meio a grande número de crianças chegando e saindo, a reunião começou com quase uma hora de atraso. Mas três dos presentes mostraram-se bastante animados em dar continuidade ao enfrentamento dos problemas levantados pelo vídeo. Marcamos para o sábado seguinte uma visita conjunta à área. Iríamos visitar as famílias com intensa infestação por parasitose intestinal para medicá-las e pesquisar apoios comunitários possíveis aos seus problemas. Procuraríamos ainda reunir as famílias afetadas pelo despejo de esgoto da vizinhança.

Terminada a reunião, Marcos me chamou para experimentar, em seu bar, um vinho de jurubeba especial que tinha conseguido. Enquanto esperávamos o café que sua irmã fora fazer, fomos experimentando o vinho e conversando com os trabalhadores que chegavam do trabalho, cansados e molhados (já eram 21h:30min) e aí paravam para se abastecer de ânimo e alegria antes de irem para casa. Junto do balcão, daqueles trabalhadores de periferia urbana ouvi confidências, sonhos e desencantos contados com uma abertura afetiva que ainda não conhecera. Nos espaços onde dominam, seus dizeres têm mais dignidade e suas razões, sendo mais explicitadas, apresentam outro brilho de coerência. Participei de suas amizades sem antes tê-los atendido como médico e, por isso, aquela pro-

ximidade não se baseava em sentimento de gratidão. No bar, espaço dos homens (diferentemente do Centro de Saúde, espaço predominantemente das mulheres), experimentei das conversas sem temor à hierarquia do doutor e da amizade sem deferência. Nesse contexto, ia tendo acesso a aspectos de seus modos de viver e pensar, antes vistos como estranhos ou descabidos. Em contraste com a imagem do álcool como fonte de vício e violência normalmente ressaltada nos serviços de saúde, compreendi um pouco mais o seu sentido como instrumento de superação do sufoco do dia-a-dia e até mesmo como forma de carinho com a família. Um trabalhador com olhar de evidente exaustão disse: “A conversa está boa, mas a minha nega ficou o dia todo em casa com as crianças. Vou levar esta garrafa de cerveja para brincar um pouquinho com ela também”. E saiu sob olhares de aprovação dos demais presentes. No Centro de Saúde, tendia-se a enxergar a conduta masculina predominantemente sob o prisma da opressão e da violência, uma vez aí são atendidas sobretudo mulheres vivendo momentos de crise pela doença na família.

Experimentei, de relance, as possibilidades de conhecimento e solidariedade interpessoal para além das diferenças de classe social. Essa é uma experiência difícil de se ter, quando se fica constrangido aos horários de expediente de trabalho do Centro de Saúde. Se o trabalho de visita às famílias em situação de risco podia ser conciliado com os horários normais de expediente, o mesmo não acontecia com o trabalho na comunidade articulado com a participação dos moradores em que as iniciativas ficavam subordinadas às suas disponibilidades de tempo e ao ritmo de seus interesses. Apesar de sempre procurar chamar outros profissionais do C. S. Vila Leonina para essas atividades na Vila Pantanal, quase nunca tinha companhia. A chefia do Centro de Saúde permitia que o trabalho comunitário realizado fora do expediente habitual fosse posteriormente descontado com folgas, mas a maioria dos funcionários tinha outros empregos, dificultando sua participação e mostrando que a contratação de profissionais em tempo integral é condição necessária ao desenvolvimento dessas atividades. Além do mais, marcados como estavam pela insatisfação com o trabalho e o salário, bem como pelo desagrado com o modo de vida dos moradores da favela, não tinham nenhuma motivação para se porem à disposição da dinâmica comunitária. Uma vez que não se tinham envolvido no processo de inserção no Pantanal, nas oportunidades em que foram comigo visitar algumas famílias em situação de risco julgavam sem objetividade e até perda de tempo as conversas que eu ia tendo com os moradores no caminho das casas. Se, por um lado, admiravam minha disposição e algumas realizações que foram acontecendo, por outro, não compreendiam nem valorizavam os múltiplos passos intermediários necessários.

#### 4.2.1. Trabalho comunitário: ousar caminhar na insegurança da ausência de definição prévia dos passos necessários

No sábado, no horário marcado, encontrei Marcos em sua casa, todo sujo de cimento, envolvido em pequena reforma de sua casa. Provavelmente esquecer-se da combinação. Era sempre assim: quando eu chegava sempre se mostrava solícito e amigo, mas estava sempre esquecendo-se das combinações e geralmente não providenciava o que prometera. As duas senhoras participantes da Associação de Moradores, que se prontificaram a acompanhar a visita, também não estavam. A luta pela melhoria do saneamento local não era prioridade em suas vidas, apesar de repetidamente falarem de sua importância de forma bastante sincera. Mais uma vez fui assaltado pelo pensamento: “O que eu estou fazendo aqui? Este pessoal não está me levando a sério. Tenho tanta coisa que fazer em casa!” Mas a proposta de pesquisar e enfrentar o problema do saneamento local era, de fato, uma iniciativa profissional minha. A busca de parceiros locais realmente envolvidos era uma das etapas do trabalho e não uma condição já assegurada. Chamadas por crianças enviadas por Marcos, as duas participantes da diretoria vieram. Marcos, constrangido, custou a ter coragem de assumir que não podia ir conosco, nos prendendo por mais algum tempo. Uma grande dificuldade do trabalho comunitário é a instabilidade e indefinição dos vários passos necessários, o que causa intensa insegurança para sua condução.

Depois de visitadas as famílias com alto grau de infecção por vermes intestinais, fomos para as casas onde tínhamos identificado o problema do esgoto desembocando na vizinhança. Fomos recebidos com simpatia, mas notávamos que evitavam conversar sobre o tema do esgoto, demonstrando que os conflitos tinham se exacerbado após o vídeo. “Nós nunca mais conversamos sobre este assunto”, despistou um dos moradores filmados. Uma mãe de família cuja casa era das mais atingidas pelo esgoto dos vizinhos, chamou atenção pelo comportamento intimidado diante de nossas perguntas, lembrando o comportamento dissimulado do caipira das regiões rurais do Sudeste brasileiro, quando submetido a situações de constrangimento em que sente sua cultura invalidada, conforme descrição de Chauí (1986:36) e Martins (1989:117): olhar fugidio e acuado, sorriso encabulado (parecendo inadequado e emprestando às palavras ironia e significado não consentido explicitamente), movimento humilde das mãos enquanto ouve e sobretudo quando fala (exibindo gestos com códigos de significação próprios que desdizem, muitas vezes, a fala enunciada) e linguagem dupla do dizer e do desdizer ao mesmo tempo. Esse modo de

ser da cultura caipira, estratégia de convivência com estruturas de dominação, ainda é fortemente presente nas periferias urbanas da região Sudeste, onde grande parte dos moradores são de origem rural. Sem dúvida estávamos tocando em uma ferida aberta daquela área de vizinhança. Uma ferida que fora avivada pelo vídeo.

Propus tentarmos organizar uma reunião ali, naquele momento. Um morador mais animado saiu chamando os vizinhos. Para nossa surpresa, reuniram-se cerca de vinte pessoas que logo se envolveram no debate, passando a não considerar muito a nossa presença. Uma questão foi repetidamente levantada: “vale a pena melhorar nossas casas se querem nos tirar daqui?” Uma resposta começou também a ser repetida: “a segurança de nossa permanência aqui vai demorar. Quanto mais unidos e melhor for a condição de nossas casas, mais difícil vai ser para nos tirarem daqui”. De repente os homens assumiram a frente da reunião, aglutinaram-se num canto e passaram a conversar sem dar satisfação às mulheres, apesar de muitas estarem aí representando a família, pois o marido estava fora. Era como se dissessem que, na divisão de trabalho aí aceita, as melhorias sanitárias são de responsabilidade do homem. Sem entender isso nesse momento, fiquei incomodado com a discriminação das mulheres e tentei ficar trazendo a discussão para o grupo das mulheres. Mas, na clara divisão entre grupo masculino e feminino, fiquei também constrangido de estar mais junto das mulheres. Sabia que desejos, ciúme e insegurança estão muito presentes na favela.

Todo grupo social tem regras próprias e informais de convivência. Se não são observadas, resultam em fechamentos posteriores. O profissional de saúde tem um poder e uma aceitação iniciais que se, de um lado, facilitam seu acesso, de outro, podem iludi-lo fazendo acreditar que está acima dessas regras que são imperceptíveis nos primeiros contatos. Apesar de merecer uma tolerância inicial da comunidade, há transgressões que inviabilizam a continuidade do trabalho comunitário. Normalmente, nenhum morador vem depois explicar a razão do fechamento ou mesmo dizer que o desinteresse, que começou a acontecer, se deve à transgressão de determinada regra. O fechamento simplesmente acontece. Na impossibilidade de conhecer antecipadamente os costumes do grupo onde se insere, o trabalhador comunitário precisa desenvolver uma arte de tateá-los mediante a observação atenta de olhares sutis de incômodo, explicitação de suas dúvidas e criação de vínculos mais profundos com alguns moradores com quem possa conversar com maior liberdade. Mas se é necessário ser cuidadoso, precisa também ser audaz. Ele desencadeia mudanças porque é diferente. Sua diferença é respeitada porque traz inovações. Nos diversificados e imprevisíveis contextos culturais e políticos

com que o trabalhador comunitário se depara, a atuação na perspectiva da educação popular é marcada pela insegurança da indefinição prévia dos passos e encaminhamentos necessários. Mas é uma insegurança guiada pela orientação firme da direção para onde se caminha.

Grande número dos homens presentes eram pedreiros e portanto não foi difícil esboçar o plano de resolução do problema do destino dos esgotos. Cada uma das oito famílias, que aceitaram participar do projeto, teria dois meses para comprar dois canos de dez centímetros de diâmetro. Ao final do período seria feito um pequeno mutirão que ligaria os diversos escoamentos de esgoto ao riacho que passava nos fundos, a uns quinze metros de distância.

Ficou claro que o destino do esgoto era importante fator de desunião e que sua solução podia contribuir para uma vida com mais amizade. O vídeo tocara em conflitos latentes, exacerbando-os por meio de sua explicitação pública. Resultara numa maior tensão na vizinhança, mas a reunião conseguiu direcioná-la para a busca de uma solução. A reunião terminou alegre. Foi interessante perceber que a motivação maior para a mobilização não era tanto a vontade de controlar as doenças infecciosas e parasitárias tão presentes ali, mas a repugnância ao mau cheiro e às moscas, a imagem negativa que a sujeira impunha ao lugar em que moravam, bem como a vontade de superar os atritos entre os vizinhos trazidos pelo esgoto. A mobilização acontecia, portanto, em grande parte por dimensões afetivas. Mesmo as dimensões racionais de sua motivação se estruturavam com lógicas bastante diferentes da esperada pelos técnicos. Uma ação educativa que se restringisse à discussão de estratégias sanitárias para o combate das doenças conseguiria mobilização muito menor. Diante da imprevisibilidade, para o profissional de saúde, do processo cognitivo e afetivo daqueles moradores diante de seus problemas de saúde, a abordagem educativa precisava ser aberta, sem se restringir aos temas considerados importantes na lógica da medicina preventiva tradicional.

As duas participantes da Associação de Moradores ficaram surpresas com a mobilização despertada. As reuniões da Associação dificilmente conseguiam mobilizar número tão significativo de moradores. Perceberam que a mobilização em torno dos problemas de saúde podiam até mesmo ajudar a fortalecer a Associação. A impossibilidade de participação de Marcos na visita, que inicialmente me desanimara, acabou sendo proveitosa uma vez que permitiu a criação de vínculos e o envolvimento de outras lideranças da região.

Em razão de uma viagem que fiz e das férias do fim de ano, passei cinquenta dias longe do Aglomerado Morro das Pedras. Nesse período apenas três famílias compraram os canos conforme a combinação. Um

dos moradores mais animados teve novo atrito com os vizinhos, possivelmente por causa do esgoto (ainda se sentiam constrangidos para me explicitar claramente os conflitos). Ele estava determinado a mudar da região. Seu desânimo acabou gerando o esvaziamento da mobilização. Ações como essa, construídas em contexto de tensão e conflito, exigiam acompanhamento mais próximo. Uma vez que outros profissionais da equipe do programa de combate à desnutrição não se tinham envolvido e a Associação de Moradores local apenas declarava interesse na mobilização, a condução do processo fragilizava-se por sua dependência estreita à minha atuação. A imprevisibilidade da dinâmica de mobilização comunitária exige presença mais constante que é viabilizada pelo trabalho em equipe. Tentamos reativar a mobilização, mas as pessoas pareciam estar cansadas. Foi uma frustração! Entretanto, frustração pode ser sinal da autonomia do outro diante da vontade do educador em convencê-lo. Sua aceitação faz parte do limite ético da educação<sup>4</sup>.

Surpreendentemente, alguns dias depois, ficamos sabendo que um grupo de vizinhos, situados a cerca de quarenta metros da área, tinha começado a construir, em mutirão, um sistema de drenagem de esgoto nos mesmos moldes. Educação popular: imprevisibilidade dos passos necessários e também de sua repercussão.

#### 4.2.2. A propalada participação popular entre descasos e medos

Desde que membros da Comissão Local de Saúde visitaram a casa de Leda, no início do trabalho de pesquisa e acompanhamento das famílias com crianças intensamente desnutridas, e constataram a precariedade da rede de distribuição de água, definiu-se como prioridade da Comissão a convocação de representante da companhia estadual de saneamento para esclarecer as razões da interrupção de seus trabalhos na região. O recente interesse de Marcos, também membro da Comissão, com a questão do saneamento apressou a marcação da reunião que já se vinha arrastando.

No dia marcado, o Centro de Saúde encheu-se de gente. A grande maioria era de moradores da Vila Pantanal por causa da mobilização de sua Associação. Havia grande número de homens. Vários participantes diferenciavam-se do público usual das reuniões dos grupos de desnutridos. Eram senhores de falas firmes, alguns com cabelos grisalhos, despertando respeito nos interlocutores. A questão do saneamento mostrava ser

---

<sup>4</sup> Palestra de Victor Valla no III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 1992, Porto Alegre, RS.

central até mesmo para as lideranças mais tradicionais da região. Mas a chefia do Centro de Saúde e os representantes da companhia de saneamento não chegavam. A maioria dos funcionários nem sabia que haveria a reunião. Ninguém se dirigia aos moradores ou lhes dava alguma satisfação. Eles esperavam em pé nos corredores pois nem mesmo fora aberta a sala de reunião. Era irritante o desprezo do serviço com aquela mobilização da população, mostrando que a participação popular, repetidamente anunciada como prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, não se havia ainda enraizado no cotidiano do serviço.

Impaciente, tomei a iniciativa de abrir a sala de reuniões e fui à casa da moradora que articulava a reunião. Ela também não chegara. Tinha sido a protagonista do atrito ocorrido há duas semanas na Comissão Local de Saúde, quando foi criticada por não estar sendo ética por comentar, na reunião, os detalhes de uma visita domiciliar. Muito magoada resolveu não ir à reunião, mas foi telefonar para o representante da companhia de saneamento, lembrando-o do compromisso. Apesar da demora, os moradores mantinham-se esperando, confirmando o interesse e mostrando já estarem acostumados com o descaso institucional. Com uma hora e vinte minutos de atraso chega a chefe do Centro de Saúde, iniciando a reunião. Enquanto o representante da companhia de saneamento não chegava, uma funcionária iniciou explanação sobre o modelo de organização dos serviços de saúde que se buscava construir, ressaltando a importância da participação popular. Há tendência dos profissionais de saúde com alguma formação em ciências sociais em assumir discursos excessivamente genéricos pelo não-desenvolvimento de reflexões intermediárias que vinculem as idéias mais abstratas aos aspectos cotidianos da prática de saúde. Os moradores presentes escutavam distraídos e distantes. Percebendo a inadequação de seu discurso àquele público, ela ia simplificando os esquemas mentais utilizados e as palavras empregadas, caindo num pedagogismo simplório e paternalista que na verdade significava menosprezo aos seus interlocutores pois os pressupunha infantis. Como em muitas práticas educativas em saúde, simplifica-se tanto o que se quer comunicar que o resultado é uma caricatura da mensagem inicial. Para o público urbano, em contato intenso com os meios de comunicação de massa, a dificuldade para o estabelecimento do diálogo não está tanto na linguagem empregada pelo técnico mas no tema que ele, com seu poder, impõe à conversa. A funcionária, percebendo a distância dos ouvintes, algumas vezes, dizia: “Gente, eu já falei demais. Falem um pouco!” Mas eles não tinham nada o que falar diante daquela temática imposta, tão abstrata e distante de seus problemas concretos. O silêncio dominava a sala e a funcionária, ansiosa, voltava ao seu discurso para afugentá-lo.

Com quase duas horas de atraso, chegou o engenheiro da companhia de saneamento. Com linguagem técnica, mas direta, ia explicando as dificuldades operacionais da introdução do saneamento na favela. Não tinha cuidado de simplificar as palavras ou o raciocínio. Falava claramente dos problemas que os moradores traziam, prestando informações técnicas que inovavam na sua compreensão. Sem cerimônia, falava da relação com empreiteiras, materiais hidráulicos, produtividade, etc. O rosto dos presentes passou a espelhar atenção e interesse. Mostravam, como trabalhadores, domínio e vivência desses temas que os próprios profissionais de saúde não tinham. No diálogo, os moradores da Vila Pantanal ficaram sabendo que a rua do loteamento de classe média que limitava a favela devia ter rede de esgoto pronta (uma exigência para aprovação do loteamento na prefeitura) e provavelmente ociosa pela inexistência de casas naquelas mediações. Logo amadureceram a proposta de utilizar essa rede para lançar o esgoto das casas da favela mais próximas da rua. O engenheiro concordou e prometeu enviar técnicos para estudar a viabilidade e o encaminhamento da proposta. Várias outras soluções foram também acordadas.

A motivação maior dos moradores da Vila Pantanal com a melhoria do saneamento não passava tanto por conhecimento das suas implicações para controle das doenças infecciosas e parasitárias, mas pela percepção de que a conquista ao acesso à rede de água e esgoto significava também legitimação de sua permanência na área. Os caminhos da luta pela saúde atravessam dimensões bem mais amplas que os aspectos relativos aos processos biológicos das doenças.

Apesar de todos os descasos e atrasos, a reunião foi um sucesso segundo o comentário dos presentes. O grupo não se dispersara porque era composto por moradores com vivência de lutas comunitárias anteriores que haviam desenvolvido firmeza no enfrentamento de entraves institucionais. Era uma situação bastante diferente da que eu vivera em áreas rurais do Nordeste nas décadas de 70 e 80 em que, não havendo cultura mais sólida de luta política, os grupos tendiam a se desestruturar diante de pequenos entraves institucionais ou erros na condução das reuniões. Muitos daqueles senhores e senhoras, que se mantiveram com firmeza durante a reunião, eram pessoas que não vinham participando das reuniões das associações comunitárias nem do Conselho Local de Saúde. Mas diante de um problema concreto que valorizavam, mostraram-se persistentes. Ia-se evidenciando a existência de uma rede submersa de moradores ativos, envolvidos na busca de melhorias, muito mais ampla do que a expressa nas organizações populares formais conhecidas. Assim como a parte invisível do *iceberg* é sua maior porção, a rede invisível de ações e lutas

coletivas que se estende na microcapilaridade da vida das periferias urbanas é muito maior do que as suas manifestações institucionalizadas: as organizações populares. E, da mesma forma que a parte invisível do *iceberg* sustenta sua porção visível, é a presença desta rede de atores ativos e de iniciativas esparsas integradas no cotidiano da vida social que dá vitalidade às organizações formais e que possibilita a emergência ocasional das grandes manifestações noticiadas pela imprensa.<sup>5</sup> Mas a maioria dos profissionais de saúde interessados no fortalecimento da participação popular tinha o olhar voltado apenas para as organizações formais, especialmente para Comissão Local de Saúde. A percepção dominante entre os profissionais de saúde, da participação popular como algo centrado nas associações de moradores e na Comissão Local de Saúde, sendo mais esquemática e simples, conforma-se melhor ao modo predominante de analisar a dinâmica social.

Se o descaso institucional e a falta de habilidade educativa não foram suficientes para afastar do processo os moradores mais ativos e experientes, o mesmo não acontecia com o restante. Uma senhora de aspecto extremamente miserável, sentada ao meu lado, ia manifestando a todo momento seu distanciamento com o que era discutido. Repetia sempre: “Eu quero é saber quando que a água vai chegar na minha casa”. Ansiosa, de vez enquanto interrompia a discussão para narrar aspectos do seu drama familiar. Os próprios moradores mais ativos mostravam certa impaciência com ela, pois sabiam que aquela oportunidade de contato com o técnico da alta hierarquia da companhia de saneamento era rara e precisava ser aproveitada com objetividade. Impaciente, acabou indo embora mais cedo. A luta política e a adoção de medidas preventivas em saúde pressupõe um olhar para o futuro e um distanciamento das necessidades imediatas em prol da valorização de ações intermediárias necessárias. O conceito *previsão* expressa bem tal postura. Mas os setores mais miseráveis da população parecem conduzir suas vidas especialmente com uma postura expressa pelo conceito *provisão*. As dificuldades de sobrevivência enfrentadas no passado e no presente fazem com que o olhar principal seja para trás e a preocupação maior o provimento para o dia de hoje e amanhã. Há grande dificuldade de se descolar da urgência da provisão para se envolver com os passos intermediários da luta política e da prevenção em saúde a médio prazo. Existe portanto um conflito entre a proposta de *previsão* e a de *provisão* (Valla, 1997). Um sinal desse conflito

---

<sup>5</sup> Palestra de Marília Pontes Spósito em abril de 1994 na Faculdade de Educação da UFMG.

foi o não-comparecimento de nenhum membro das famílias acompanhadas pelo programa de combate à desnutrição, apesar dos repetidos avisos.

As lutas e as conquistas dos setores mais ativos do meio popular estão extremamente interligadas aos interesses dos setores menos organizados. Mas há diferenças e antagonismos. A construção no Brasil de uma cultura de participação e luta política em alguns setores das classes subalternas e a estruturação de organizações populares ativas terminou por esvaziar a preocupação com setores mais desorganizados, como se os seus interesses já estivessem representados pelas vanguardas populares. Assim como o sistema escolar marginaliza os mais carentes pela repetência e evasão da escola e o sistema de saúde marginaliza os mais miseráveis por sua incapacidade de concorrer em pé de igualdade na luta para conseguir vagas para os seus atendimentos limitados, as estruturas participativas das instituições públicas, conquistadas com o processo de democratização política da nação, podem estar marginalizando também os grupos em pior situação social uma vez que não investem nas relações educativas com esses setores. A grande maioria dos membros da Comissão Local de Saúde do C. S. Vila Leonina possuía condição socioeconômica bem melhor que o restante dos moradores. Os entraves da relação entre os serviços de saúde e a população iam expulsando do processo participativo os membros populares menos experientes e articulados. Seria necessário um maior cuidado na ampliação do envolvimento de outros grupos de moradores.

O comentado sucesso da reunião e a intensa participação dos moradores da Vila Pantanal reativaram na equipe do programa de combate à desnutrição a proposta de entrosamento com as suas lutas comunitárias. Assim, na visita seguinte às famílias, priorizamos a Vila Pantanal como forma de entrosamento da equipe. Chegamos lá querendo saber de notícias sobre os desdobramentos da prometida visita de técnicos da companhia de saneamento, mas encontramos nova situação. Vários moradores, com predomínio de membros da diretoria da Associação de Moradores, estavam alvoroçados reunidos em torno do telefone público. Fiscais da prefeitura haviam embargado a construção de uma nova casa na região, até mesmo demolindo o que já havia sido feito. Desde então foi colocado, na área, um carro de polícia para impedir qualquer entrada de material de construção. As lideranças da Associação já tinham entrado em contato com uma série de autoridades municipais e estavam junto do telefone aguardando respostas e tentando novos apoios. Citavam leis, denunciando falhas legais no processo de embargo da obra. Havia definido estratégia clara para conviver com o controle policial e para enfrentá-lo. Apesar da fragilidade da organização e capacidade de mobilização da Associação, essas lideranças mostravam ter uma cultura elaborada de resistência,

resultante de múltiplas lutas anteriores que um dia se esvaziaram dando a impressão de fracasso. As lutas comunitárias tendem a ser transitórias porque são voltadas para a conquista de melhorias específicas, mas fazem parte de um movimento mais contínuo de luta pela melhoria de condições de vida. O aprendizado, a solidariedade (e também o rancor) e a rede de relacionamento, construídos em uma luta, não desaparecem com seu esvaziamento após as conquistas.

Ficamos sabendo mais tarde que a casa em construção destruída pertencia a um pequeno comerciante da região que já possuía outra casa. Havia denúncias que o terreno tinha sido vendido a ele por membros da diretoria da Associação de Moradores, que estariam, portanto, utilizando de sua liderança para controlar comercialmente a concessão de terrenos. O conhecimento dessas contradições esvaziou a vontade dos profissionais de saúde de se envolverem com as lutas da Associação.

Um mês depois, continuava a proibição da entrada de qualquer tipo de material de construção. Muitos moradores começavam a reclamar que tinham sido impedidos de continuar as gradativas melhorias em suas casas. O projeto do mutirão de esgoto também havia sido suspenso. Independente da existência ou não de razões para a prefeitura suspender a construção de novas casas na região considerada como destinada a ser uma área verde, não havia sentido em impedir o melhoramento, também sanitário, das casas já existentes. Essa proibição conflitava com o trabalho da equipe na região. Pedi à gerente do Centro de Saúde para entrar em contato com o diretor da Regional Oeste, que tomara a iniciativa do embargo, para tentar esclarecer se existia mesmo embargo à entrada de material para melhoria das casas. Havia informações de que lideranças de outros partidos tinham também se envolvido nos conflitos, despertando envolvimento emocional muito grande do diretor da Regional Oeste, que se preparava para lançar-se candidato a vereador. Talvez por esse motivo, a gerente do Centro de Saúde tenha passado a evitar conversar sobre o assunto. Os outros profissionais também se desinteressaram do tema.

O envolvimento com as lutas comunitárias pela melhoria das condições sanitárias de uma região implica a participação na complexidade do jogo político aí existente. Parecia haver entre os profissionais de saúde, que inicialmente tinham decidido colaborar nas lutas coletivas da Vila Pantanal, expectativa ilusória de que seria possível manter-se num campo de atuação estritamente vinculado a aspectos sanitários, sem necessidade de lidar com as contradições da prática política. Uma vez que esse campo de atuação pareceu estar maculado por interesses de outra ordem que não os aceitos pelo discurso técnico em saúde, houve rápido afastamento. A visão de que os atores comunitários estariam contaminados por outros

interesses que não os da saúde coletiva esvaziou-lhes o empenho em apoiá-los. Havia ainda medo de serem manipulados num jogo que não compreendiam totalmente ou de desagradarem às chefias institucionais. Nenhum desses medos foi explicitado abertamente de forma que possibilitasse o redirecionamento da proposta inicial. Os profissionais simplesmente se afastaram.

#### **4.2.3. Os limites do relacionamento com as lideranças comunitárias**

Algumas semanas depois, a vigilância da polícia e da prefeitura foi relaxada e os moradores puderam recomeçar suas pequenas reformas. Conversando com o vice-presidente da Associação de Moradores sobre minha frustração com o afastamento do Centro de Saúde no momento do conflito, ele mostrou que sua surpresa era, ao contrário, com o movimento de aproximação do serviço, apesar de tão limitado. Há sólida tradição de distanciamento entre os profissionais de saúde e a população bastante incorporada na cultura popular que confere caráter de ilusão às expectativas de integração.

Em meio a essa tradição, esse membro da diretoria da Associação começou a manifestar repetidamente grande valorização à minha atuação. Por várias vezes recebi presentes como garrafa de cachaça e verduras de sua horta. De fato havia uma amizade que se aprofundava. Mas havia mais do que isso. Ele procurava corresponder às minhas expectativas, anunciando sempre propostas de assumir com empenho a mobilização dos moradores na luta pelo saneamento da Vila, o que era sempre adiado. Ele sabia que sua respeitabilidade e poder como intermediário entre o Estado e os políticos de um lado e a população de outro, dependia da rede de conhecimentos e contatos importantes que lhe garantissem acesso a informações e recursos úteis nas lutas comunitárias. Os contatos com as “autoridades” eram seu capital. Ao mesmo tempo, sua respeitabilidade diante dessas “autoridades” e, portanto, sua capacidade de se fazer recebido com deferência por elas dependia do reconhecimento por elas da importância e da força de mobilização de sua associação. Precisava divulgar a imagem de líder comunitário dinâmico e com grande influência no restante dos moradores. Tornar-se líder mediador entre as autoridades políticas e os moradores é fonte de prestígio, benefícios pessoais e poder de transformar a realidade local (Zaluar, 1985:194, 240). A filmadora que eu carregava tinha grande capacidade de difundir essas imagens. Nos depoimentos que gravava, a luta comunitária era, então, pintada com empenho e mobilização sempre maiores do que a realidade, mostrando a fragilidade da pesquisa baseada apenas em depoimentos.

O apoio dessa liderança foi fundamental no acesso à Vila Pantanal. Numa realidade conflitiva de uma favela, é fundamental ter alguém respeitado pela população introduzindo o profissional de saúde. A situação é completamente diferente das pequenas cidades de regiões rurais onde os poucos doutores são logo conhecidos pela população. Naquele Centro de Saúde com seus 54 funcionários e naquela população que utilizava ainda muitos outros serviços de saúde, a figura do profissional de saúde é revestida de impessoalidade, ficando, portanto, dependente de apresentações para ter acesso à vida local. Mas o acesso possibilitado pelo líder comunitário tem limites. Ele direciona os contatos segundo os seus interesses. À medida que ganha prestígio e poder, passa a gerar ressentimentos e oposições de outros grupos, que tendem a ser transferidos para o profissional que se mostra tão identificado. Essas limitações começavam a se tornar evidentes despertando a necessidade de diversificar as formas de acesso. Mas a pesquisa já ia chegando ao final.

Antes de impedimentos, essas contradições da relação com os membros das organizações populares representavam novos aspectos a serem abordados na continuidade do processo educativo. Afinal a educação popular baseia-se nas contradições sociais e nas situações-problema que emergem nas lutas sociais e na relação entre o educador e o educando. Mas elas assustavam alguns profissionais, como foi o caso de um estudante de medicina estagiária do Centro de Saúde, que exclamou: “Eu não imaginava que fosse tão complicado. A gente até desanima”. Para muitos, havia uma visão romântica das classes populares, esperando encontrar seres carentes mas laboriosos e solidários prontos para, com nossa ajuda, caminhar com firmeza em direção à libertação das doenças.

Apesar da grande limitação das atividades desenvolvidas na Vila Pantanal, o trabalho comunitário iniciado foi importante na medida em que permitiu perceber limites, dificuldades e possibilidades do envolvimento dos serviços locais de saúde nas lutas sanitárias locais. Permitiu ainda perceber aspectos importantes para sua condução. Por essa inserção ficou evidente que a aproximação por intermédio de grupos de risco específicos, como foi o caso das famílias com crianças desnutridas e em situação de crise, oferece visão parcial da dinâmica de vida local. A ligação com a totalidade da vida daquela pequena área de periferia urbana possibilitou perceber uma dimensão de homogeneidade ainda não vista. Se a favela é marcada pela heterogeneidade de grupos sociais baseada na existência de diferentes formas de ligação à economia, diferentes situações familiares, diferentes religiões e modos de pensar a vida e diferentes riscos de adoecer e morrer, foi ficando evidente a existência, ao mesmo tempo, de forte homogeneidade ligando as múltiplas práticas cotidianas das classes popu-

lares nas periferias urbanas. Na vizinhança, nas associações reivindicativas, nas atividades recreativas, nos bares, nos cultos religiosos, nas brigas coletivas, se vão inventando, reinterpretao e confirmando significados comuns aos acontecimentos e ao mundo que os cerca. São significados sempre renovados que, apelando para as novas experiências e as antigas tradições, constroem uma cultura com muitos elementos comuns que dão identidade aos trabalhadores pobres das periferias urbanas (Zaluar, 1985:50).

As atividades coletivas que se esboçaram mostraram estar ainda muito aprisionadas nas malhas das relações instituídas de poder mas acenaram para *o que poderia ser* em contraposição *ao que é*. Estavam marcadas, ao mesmo tempo, por conformismo e resistência. Diziam *sim* e *não* à lógica dominante e opressiva de funcionamento da sociedade que parece, por seu forte enraizamento na lei, nos costumes e saberes, ter a força de um destino imutável (Chaui, 1986:178). Constatou-se que o profissional de saúde pode inserir-se nesse processo e, apesar de suas próprias contradições, ir desconstruindo bloqueios, articulando solidariedades, criando espaços de discussão e trazendo informações que ampliem o movimento, frágil e fragmentado, de enfrentamento das condições estruturais de adoecimento dessas populações subalternas. Ficou também claro que a ampliação desse tipo de atuação exige habilidades profissionais e novas formas de organização institucional ainda bastante distantes da realidade dos serviços de saúde existentes.

### **4.3 Tentando reorientar a verticalidade da campanha sanitária contra os ratos**

A equipe do Centro de Saúde Vila Leonina foi visitada pelo coordenador do Programa de Controle das Zoonoses do Distrito Sanitário Oeste que veio discutir a organização de uma campanha de combate aos ratos no Aglomerado do Morro das Pedras em moldes diferentes do tradicional. Três anos antes, já fora realizada campanha de desratização em toda a favela, cujos efeitos, no entanto, foram passageiros. Colocaram-se iscas com raticida nos lugares de moradia e trânsito dos ratos, seguindo-se ampla limpeza do lixo acumulado na área. Mas como não houve um trabalho mais duradouro, o lixo voltou a se acumular. Com alimento disponível, a população de ratos logo voltou aos níveis anteriores. A nova proposta era utilizar a campanha contra os ratos como forma de mobilizar a população na discussão e enfrentamento do problema do lixo. Não seria mais realizada campanha de desratização em massa que, em poucos dias, iniciasse em uma extremidade da favela e terminasse na outra. A desratização passaria a ser feita nas regiões onde a população participasse da

discussão sobre o lixo. Estava planejada a lotação de quatro funcionários no Centro de Saúde para dar continuidade a esse trabalho no longo prazo.

A equipe do Centro de Saúde ficou animada com as novas propostas de trabalho que surgiam na Secretaria Municipal de Saúde. Afinal, as campanhas sanitárias são as ações de saúde pública mais carregadas de tradição. Foram as primeiras ações ampliadas de saúde pública instituídas na história brasileira. Uma série de campanhas contra a febre amarela, varíola e peste bubônica foram organizadas no final do século XIX e início do século XX de uma forma marcada pelo autoritarismo e pela desconsideração dos valores e da participação da população. As décadas passaram, novas instituições foram criadas para instituí-las, novas tecnologias foram incorporadas, mas o modelo vertical de efetivação das campanhas sanitárias permaneceu. Vêm sendo realizadas por instituições organizadas segundo o modelo militar, em ações temporárias, desvinculadas da dinâmica social local e voltadas para a execução de ações delimitadas e padronizadas previamente. O entrosamento com setores da população local, que o Centro de Saúde vinha conseguindo a partir do programa de combate à desnutrição, criava base para iniciar a experimentação desse novo modelo de campanha sanitária. Seria uma oportunidade para suas ações educativas, que se vinham ampliando, poderem desdobrar-se em ações técnicas de amplo alcance.

Programou-se iniciar a discussão sobre o controle dos ratos pelos grupos do programa de combate à desnutrição, utilizando vídeo produzido artesanalmente sobre o tema. Seria uma forma de ir problematizando a questão, pesquisando dimensões desconhecidas pelo serviço, negociando novas formas de intervenção e divulgando a futura campanha. Aprender na comunidade, com ela e para ela (Freire, 1995:12), como reorientar a tradição de verticalidade de uma campanha sanitária. O discurso de técnicos, ocupando cargos de chefia desta Secretaria Municipal de Saúde comandada por membros do Partido dos Trabalhadores, excitava nossas expectativas de realizar ações inovadoras.

O coordenador do Programa de Controle das Zoonoses prontificou-se a participar das filmagens como forma de incorporar, já no vídeo a ser utilizado para desencadear os debates, seus questionamentos e percepções críticas. Nessa perspectiva, o vídeo não representa apenas a documentação de uma observação sobre a realidade, mas a documentação de questionamentos sobre ela e das respostas suscitadas, que se levanta, posteriormente nas reuniões, para debate com outros atores aí inseridos. Buscávamos incorporar a problematização da realidade já na gravação inicial. O objetivo da ação educativa que se buscava adotar era sobretudo a ampliação dos canais de interação cultural, negociação de interesses e

intercâmbio de motivações pessoais entre os atores técnicos e populares envolvidos nos problemas de saúde de forma que reorienta suas práticas.

No dia marcado para as filmagens, após meia hora de espera, recebemos recado de que o coordenador do Programa de Controle das Zoonoses não poderia vir pois surgira “um problema” no Distrito Sanitário. Enviou o recado por funcionária subalterna, dificultando a negociação de uma nova data. Ia-se evidenciando a distância dos técnicos das instâncias administrativas da Secretaria de Saúde em relação à dinâmica de relacionamento com a população local. Viviam absorvidos em cobranças, conflitos e projetos próprios, que tornavam secundárias as necessidades e ritmos do nível local. Percebemos que não podíamos contar com técnicos do Distrito Sanitário para fazer a filmagem.

Mais uma vez, a gravação do vídeo e o seu debate nas reuniões nos possibilitou penetrar na realidade do problema de saúde que buscávamos conhecer. O rato era temido, não tanto pelas doenças que podia transmitir, mas pela ameaça de agressão. Era um invasor que causava temor.

“Os ratos aqui são grandes. Chegam a ter o tamanho de um gato. As vezes atacam dentro de casa. Passam em cima da gente à noite, quando estamos dormindo. Atacam os sacos de mantimento e as roupas.”

Muitas histórias, dramáticas ou engraçadas, ilustravam a convivência próxima daquela população com as ratazanas e os camundongos. Mostrava ser um problema que interligava os diversos moradores, exigindo solução comum.

“Moro numa rua pavimentada, onde passa o caminhão de lixo. Lá, o lixo não é problema. Mas os ratos vêm de cima e invadem a nossa casa. Não deixo meus netos brincarem sozinhos fora de casa com medo deles serem atacados pelos ratos.”

“Uma noite, um rato entrou e puxou o meu cabelo. Acordei assustada. Agora durmo com medo.”

Uma técnica do programa de controle de zoonoses foi designada para participar das reuniões. Ela, mesmo sem formação específica em educação, enriquecia as reuniões trazendo informações importantes e ressaltando aspectos que passariam despercebidos por outros profissionais. Seu conhecimento técnico especializado sobre as espécies de rato da região, os seus hábitos, reprodução e os raticidas ampliavam o conhecimento empírico da população. Tinha sensibilidade para orientar suas observações pelas questões trazidas pelos participantes às reuniões. Mas, muito



centrada na implementação da campanha, tendia a desvalorizar a discussão e o aperfeiçoamento das estratégias autônomas da população (como a utilização de ratoeiras e do gato) para frisar as recomendações necessárias ao sucesso da campanha: a colaboração com os funcionários da desratização, cuidados com o veneno que seria empregado, condutas de limpeza após a colocação do veneno, etc. Enfatizava mais a participação da população na campanha contra os ratos do que a mobilização para o saneamento da área. O peso da tradição centenária de atuação mediante campanhas sanitárias verticais estava ainda muito presente na cultura profissional daquela técnica. Mas, no decorrer das reuniões, sua atitude foi mudando.

Apesar do temor causado pelos ratos, especialmente as ratazanas, ia ficando claro que o grande problema era o lixo. Além de ser o alimento que possibilitava a multiplicação dos ratos, o lixo trazia moscas, mosquitos e baratas. O grande número de baratas aumentava a população de escorpiões. A aparência repugnante e o mau cheiro do lixo tornavam a permanência na favela desagradável. Os objetos cortantes e perfurantes encontrados no lixo tornavam os becos e áreas livres perigosas para as crianças brincarem. Em virtude da presença de grande quantidade de fezes humanas no lixo pela existência de muitas casas sem ligação à rede de esgoto, ele era fonte de doenças diarréicas e verminoses intestinais. Mas o que mais mobilizava esses moradores era a sujeira da favela, que os envergonhava. O lixo espalhado pelas ruas, becos e áreas vagas era uma mancha que os marcava, reforçando a discriminação pelo restante da sociedade. O lixo e a sujeira eram as marcas difamantes e vergonhosas, que representavam o estigma que carregavam por serem favelados, fazendo com que sentissem repulsa pelo lugar onde moravam e contribuindo para a corrosão de sua auto-estima.

Essa dimensão do lixo como vergonha que os manchava não era dita explicitamente, mas ficava muito clara na forma como exacerbavam suas críticas aos vizinhos que descuidavam do lixo (buscando deixar muito nítida sua diferença), frisavam a intensidade de seus cuidados e contavam suas reações diante de terceiros que os identificavam como desmazelados com a limpeza. O lixo era muito mais do que um problema sanitário com implicações materiais para a saúde dos moradores. Era um elemento da realidade local carregado de dimensões simbólicas. Como técnicos, procurávamos conduzir as reuniões discutindo dimensões das implicações materiais dos ratos e do lixo em sua saúde e não percebíamos, de imediato, os aspectos simbólicos que os moradores iam explicitando nas entrelinhas de suas falas. A audição posterior das gravações das reuniões e sua discussão com especialistas é que foram alargando nossa percepção. Os proble-

mas materiais ganham sentido na vida das pessoas a partir de seus sistemas de valores e crenças que ordenam, interpretam e lhes atribuem prioridades diferenciadas. A descoberta do significado da sujeira espalhada do lixo na favela como mancha que os envergonhava era, sem dúvida, algo importante para uma intensificação da luta pelo saneamento local.

Impressionou-nos o número de casos de atrito por causa do lixo ou em que ele era utilizado como instrumento de agressão. Uma jovem contou: “Minha mãe viu a filha de uma dona jogando lixo com papel higiênico na nossa porta. Minhas irmãs quebraram a casa dela toda. Ela até mudou de lá”. O lixo ajudava a solapar a solidariedade entre os moradores. Ao mesmo tempo, seu enfrentamento tinha dimensão de construção da viabilidade do convívio social. Havia muitos exemplos de resgate da auto-estima e do prazer no convívio com os vizinhos por meio da mobilização contra o lixo. Disse uma mãe:

“Lá no nosso beco nós controlamos os ratos. A gente se juntou e cimentou o beco. Todo mundo cuida de sua limpeza. Depois desse trabalho, ninguém descuida do lixo. A gente joga tudo numa caçamba que tem numa rua perto. Se alguém está apertado, pede um vizinho para levar o seu lixo.”

Essas mobilizações locais dependiam de iniciativas de grupos de vizinhanças, pois as associações comunitárias não agiam nesse sentido. Mas alguns moradores de uma favela próxima, fora da área de responsabilidade do Centro de Saúde Vila Leonina, narraram que a associação comunitária da localidade tinha grande penetração entre os moradores, em parte, por ampliar sua atuação para essas dimensões do saneamento.

O lixo ressaltava a interdependência entre os vários moradores. Iniciativas individuais tinham pouca repercussão. Disse uma mãe:

“Lá onde eu moro, nós desistimos de esquentar a cabeça com o lixo. Tem uma turma que não está nem aí. Se a gente limpa, eles sujam. Eu desanimei. Eu esforçando ou não, tudo vai continuar na imundície.”

Os diferentes moradores, comerciantes, desempregados, operários, membros das igrejas pentecostais, alcoólatras, bandidos e lideranças comunitárias, estavam todos unidos por esse problema comum que os desafiava para além de iniciativas isoladas e individuais, proclamando a necessidade de ações integradas entre as várias famílias, organizações sociais e o Estado.

Iniciamos a discussão de um problema de saúde bastante específico, o

combate aos ratos da região, pela necessidade de uma campanha sanitária planejada pelo Distrito Sanitário. À proporção que sua abordagem foi sendo conduzida dentro da perspectiva da educação problematizadora inerente à metodologia da educação popular e da pesquisa-ação, foi-se explicitando uma série de novas dimensões, mostrando que o problema específico estava profundamente ligado a aspectos muito centrais da vida daquela população. Aspectos que diziam dos preconceitos que sofriam, auto-estima, solidariedade, conflitos internos, organização associativa e relação com o Estado. Se, para os técnicos preocupados apenas com a condução da campanha contra os ratos em moldes verticais, o empenho em buscar a explicitação da complexa rede de fatores envolvidos no problema parecia ser dispersão e perda de tempo, a discussão assim conduzida ia, no entanto, trazendo informações e entrosamentos importantes para uma ação mais profunda e integrada naquela realidade. Mostrava-se, assim, que a abordagem de problemas técnicos específicos é plenamente compatível com a metodologia da educação popular, que busca abordá-los procurando seus vínculos com aspectos mais gerais da vida social. São justamente tais vínculos que permitem fortalecer e dinamizar a ação educativa a respeito de problemas específicos.

À medida que ia ficando mais clara a correlação da questão dos ratos com aspectos tão centrais da vida dessa população, tornava-se também evidente a superficialidade da proposta de ação educativa dominante entre os especialistas em saúde pública que enfatiza essencialmente a disseminação de informações. Em documento avaliando o atual sistema de saúde e propondo prioridades, produzido pela maior entidade aglutinadora dos sanitaristas brasileiros, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva — Abrasco — para subsidiar os participantes da X Conferência Nacional de Saúde (*Boletim...*, 1996), a relação educativa (palavra nem mesmo mencionada explicitamente no documento) a ser buscada com a população se resume a propostas como a garantia do acesso à informação em saúde produzida e disseminada pelo Estado, a democratização dos grandes meios de comunicação de massa e a construção de uma política de comunicação para a saúde. Esse documento, expressando a visão hegemônica dos sanitaristas, mostra percepção quase mecânica da relação de saberes entre os profissionais de saúde e a população-alvo: o que falta é a disseminação de conhecimentos que os profissionais especialistas detêm ou necessitam construir com base em sistemas informatizados de coleta de dados. Mas nas atividades educativas do C. S. Vila Leonina ia ficando tão evidente a superficialidade e inoperância da simples disseminação dos conhecimentos que seus técnicos, antes de iniciado o processo de discussão, consideravam importantes para a população!

### 4.3.1 A construção coletiva das soluções sanitárias

O problema do lixo interligava os vários moradores, mas também os diferenciava. Apesar de a maioria dos adultos presentes nas reuniões dos grupos do programa de combate à desnutrição falarem de posturas diante do lixo que denotavam preocupação e mobilização, referiam-se sempre à presença de alguns vizinhos extremamente descuidados que acabavam irradiando sujeira e desânimo na área. Referiam-se a estes vizinhos com mágoa: “Se uns cuidam de emendar, outros só estão para quebrar”. As tentativas de diálogo com esses vizinhos, muitas vezes, acabavam em atritos. Assim como vários outros problemas de saúde abordados nas reuniões do programa, a falta de cuidado com o lixo não era generalizada. Pelo contrário, parecia ser uma atitude restrita a número limitado de moradores que, no entanto, repercutia amplamente em toda a favela.

Havia vários moradores que criavam porcos no meio da favela, causando revolta nos vizinhos. A criação de suínos em área urbana é proibida por lei municipal e é passível de intervenção da Vigilância Sanitária. Mas pouquíssimos participantes das reuniões sabiam como acionar a Vigilância Sanitária, mostrando a distância entre o cotidiano dessa população e os serviços da complexa rede administrativa do município.

Diante da informação de que estava sendo programada a colocação de auxiliares sanitários lotados permanentemente no Centro de Saúde, foi-se delineando uma proposta de que esses auxiliares atuassem como intermediários entre os vizinhos incomodados e os moradores espalhadores de lixo. Em vez de atuarem com base em uma proposta de saneamento e limpeza generalizada da favela, passariam a agir aliados e subordinados ao movimento dos próprios moradores. Procurariam identificar insatisfações, preocupações, conflitos e iniciativas de grupos de moradores diante da sujeira espalhada por alguns vizinhos, quando colaborariam utilizando seu poder de mobilização e negociação, de forma que os atritos fossem amenizados. Os auxiliares sanitários atuariam aliados à maioria da vizinhança, aliviando o confronto com os moradores descuidados no manejo do lixo. Teriam, assim, seu relacionamento com a população reorientado.

A técnica em zoonoses, no princípio, reagiu dizendo: “Isto não é função do auxiliar sanitário. Não é assim que está programada a sua atuação”. Nas reuniões com outros grupos de desnutridos, com a repetição da proposta, ela não mais reagiu.

Se o enfrentamento do problema do lixo dependia da mudança do comportamento de muitas famílias, ficava evidente que exigia também a reorientação e ampliação da presença do Estado na região, especialmente

do Serviço de Limpeza Urbana. As peculiaridades daquela região de favelas, com áreas de acesso extremamente difícil, tornavam impossível a simples expansão do sistema de coleta de lixo tradicional. No decorrer das reuniões foi-se evidenciando grande variedade de aspectos que exigiam a organização de complexo e diferenciado sistema de coleta.

Os caminhões de lixo passavam apenas nas poucas ruas pavimentadas e largas que cortavam a favela. Como Valla (1995) já observara, a coleta do lixo três vezes por semana, considerada suficiente para bairros de classe média, mostrava-se inviável na favela, uma vez que seus moradores não tinham recipientes e espaço onde guardar, com segurança, o lixo acumulado nos intervalos (sobretudo no fim de semana, quando o intervalo entre as coletas atingia setenta e duas horas). Os sacos de lixo acumulados na rua acabavam sendo rasgados pelos cachorros, criados aí em grande número. Mesmo nos dias de recolhimento do lixo, a irregularidade do horário dos caminhões fazia com que os sacos de lixo ficassem expostos à ação dos cães. Como os moradores de becos próximos também acumulavam lixo nessas ruas, o lixo espalhado pelos cachorros terminava em atritos. O controle do número de cachorros vadios em Belo Horizonte estava praticamente paralisado, uma vez que na cidade (com seus mais de dois milhões de habitantes) existia apenas uma carrocinha para captura de cães. Era, portanto, fundamental que os caminhões de coleta passassem diariamente e em horário fixo, claramente anunciado.

Algumas caçambas para coleta de lixo foram colocadas em alguns pontos da região. Eram trocadas duas vezes por semana, o que resultou num questionamento muito pertinente dos moradores: o lixo, ficando nas caçambas por três ou quatro dias exposto aos ratos e moscas, acaba contribuindo para sua multiplicação. Além disso, o seu pequeno número fazia com que grande parte das casas ficasse muito distante dos pontos de coleta, incentivando muitas famílias a continuarem jogando seu lixo nas proximidades de suas moradias. A dificuldade de acesso dos caminhões transportadores das caçambas às muitas áreas mais íngremes e com becos estreitos exigia a adoção de outro tipo de solução para coleta do lixo. O Serviço de Limpeza Urbana vinha acenando, há tempos, para a possibilidade de contratação de moradores locais para recolher o lixo nos becos por meio de carrinhos de mão, mas nenhuma medida nesse sentido tinha sido adotada. Os participantes das reuniões argumentaram, ainda, que existiam áreas na favela inacessíveis até para carrinhos de mão, mostrando a necessidade de se pensar em soluções diferenciadas para as várias e complexas situações encontradas.

A promessa do coordenador do Programa de Controle das Zoonoses de que a campanha de desratização seria acompanhada de uma ação conjun-

ta do Serviço de Limpeza Urbana criou expectativa de que esses aspectos levantados nas reuniões pudessem ser discutidos, resultando em reorientação de sua atuação local. As auxiliares sanitárias prometidas para o Centro de Saúde poderiam passar a atuar como mediadoras entre os moradores e o Serviço de Limpeza Urbana.

Havia participação muito ativa dos profissionais de saúde presentes na elaboração das várias propostas para o enfrentamento do problema do lixo e dos ratos que iam sendo definidas nas reuniões que se seguiam. A valorização da ausculta das explicações, interesses e propostas da população não significa necessariamente tolhimento da capacidade dos técnicos de proporem soluções. Pelo contrário, notávamos que as reuniões ampliavam a criatividade profissional. À medida que se conseguia um clima de troca espontânea e afetiva de opiniões, idéias começavam a surgir e iam sendo lapidadas rapidamente por contra-argumentações e expressões faciais de aceitação ou desaprovação. Mas a maioria dos profissionais presentes, participando sem uma perspectiva assumida de pesquisa de novos caminhos para o enfrentamento dos problemas locais de saúde, não dava conta do caráter inovador de muitas propostas que surgiam ao longo do debate. Quando se participa de atividade educativa sabendo que ela tem dimensão de pesquisa, preocupa-se mais em perceber e ressaltar os dados emergentes.

Meu empenho em imprimir às reuniões a perspectiva da educação problematizadora e a utilização do vídeo, com o qual apenas eu tinha alguma familiaridade, terminaram por diminuir o envolvimento dos outros profissionais nas discussões. Eu assumia o papel de condução dos debates e os outros membros da equipe do programa de combate à desnutrição colaboravam. Isso me incomodava pois temia estar contribuindo para a diminuição de suas responsabilidades e envolvimento com o processo educativo. Para amenizar, procurava não estar presente em todas as reuniões para que pudessem assumir também a sua condução. Sentia, ali, os problemas da relação entre os especialistas em educação em saúde com o restante dos profissionais dos serviços de saúde. Como já foi percebido em muitos outros serviços de saúde, a presença de um especialista pode afastar os outros técnicos das ações educativas. Esse movimento no C. S. Vila Leonina ainda não era nítido, pois a dinamização das reuniões, por outro lado, também as tornou mais atrativas aos profissionais. A solução não estava em me tornar menos ativo nas reuniões, uma vez que isso diminuiria o processo de aprofundamento dos debates educativos. Havia uma série de atividades prévias às reuniões que normalmente eram desconsideradas pela maioria dos membros da equipe. O conjunto vídeo-televisão, não sendo montado antes, causava significativo atraso das reu-



niões. Era preciso insistir para que funcionários do Distrito Sanitário não se esquecessem de trazer a outra televisão e vídeo para entreter as crianças enquanto as mães discutiam. Os encaminhamentos da reunião de cada grupo precisavam ser lembrados e sistematizados para que houvesse continuidade da discussão. O material e a dinâmica educativa precisavam ser preparados e aperfeiçoados. Assim, a dinamização da participação dos vários profissionais de saúde nas práticas educativas depende de ação intensiva de um profissional com maior experiência em educação que assuma o preparo dessas condições prévias necessárias. O trabalho sistemático de apoio de um educador possibilita aos diversos técnicos com menor experiência educativa participarem das reuniões e discussões desenvolvidas no serviço, multiplicando-as e trazendo suas contribuições específicas, sem superficializá-las. Percebia que minha ação precisava ser cada vez mais dirigida aos próprios profissionais para que as atividades educativas do serviço junto à população se expandissem de forma consistente. Mas essa pesquisa-ação já se aproximava de seu fim. Ia, no entanto, ficando evidente que o papel do educador popular em um serviço de saúde passa essencialmente por sua atuação integrada ao restante dos profissionais.



Garantido o eixo metodológico da ação educativa nas reuniões, outros profissionais iam participando, às vezes irregularmente, trazendo contribuições específicas segundo suas habilidades pessoais. Em certa reunião, duas mães contaram a situação de uma vizinha que, vivendo crise familiar, estava acumulando lixo, a ponto de criar atritos com os moradores próximos. Os profissionais de nível superior que conduziam o debate, influenciados pelos temas anteriores, encaminharam a discussão para a forma de relacionamento entre vizinhos diante de problemas semelhantes. Mas estavam ainda presentes na sala duas auxiliares de enfermagem que, sentadas fora do círculo de participantes, pareciam estar distantes do debate. Enquanto a discussão já ia encaminhando-se para outros rumos, elas se aproximaram das mães que contaram o caso e anotaram o nome e endereço da vizinha em crise. Na ida seguinte da equipe à favela essa senhora foi visitada. Enquanto os profissionais de nível superior, notadamente os homens, tendiam a ficar presos às questões teóricas e gerais do debate, as auxiliares de enfermagem valorizavam encaminhamentos práticos importantes que seriam desprezados se não estivessem presentes. A diversidade de habilidades, saberes e formas de compreensão e de expressão dos vários profissionais não era obstáculo à adoção de uma educação problematizadora criativa, mas, antes, sua riqueza (Nogueira, 1996:653).

Ocupa lugar central na tradição metodológica da educação popular a



ênfase no diálogo com as classes populares que parte da percepção da insuficiência dos diversos saberes constituídos e do reconhecimento da capacidade de conhecer e buscar soluções existente em todas as pessoas, mesmo as mais oprimidas. Mas essa ênfase no diálogo não tem feito parte da tradição de relacionamento dos educadores populares com os profissionais de saúde em geral que, muitas vezes, vistos como opressores por sua melhor situação econômica e maior prestígio social, têm seus discursos e iniciativas desconsiderados. A fé nos homens (no seu poder de fazer e refazer e na sua vocação de ser mais) a que se refere Paulo Freire não se aplica apenas aos membros das classes populares. Sem esta fé nas pessoas-profissionais de saúde, as práticas de educação popular em saúde tendem a ser iniciativas isoladas de militantes provisórios (pois logo são excluídos) dos serviços de saúde. A convivência com os profissionais do C. S. Vila Leonina, possibilitando conhecer suas indignações diante da miséria, seus dramas, limitações e suas vontades (muitas vezes confusas) de intervir, fortaleceu em mim esta fé em todos os seres humanos que Paulo Freire considera um dos pilares do método da educação popular.

Mas fé nos profissionais de saúde não significa ingenuidade:

O homem dialógico tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialógico, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialógico a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na e pela luta por sua libertação.

[...]. Se a fé nos homens é um dado a priori do diálogo, a confiança se instaura com ele (Freire, 1979:96).

Fé nos profissionais de saúde não significa perda de criticidade para perceber e enfrentar as contradições, às vezes sutis, de suas práticas, como a da técnica do Programa de Controle das Zoonoses que, nas primeiras reuniões, procurou omitir o fato de estar a campanha de desratização voltada apenas para o controle das ratazanas. Para combater os camundongos seria necessário colocar as iscas com veneno em locais de acesso das crianças e animais domésticos, o que seria arriscado em uma campanha de massa. A omissão tinha como sentido não esvaziar mais

uma dimensão positiva da campanha capaz de mobilizar ainda mais a população. Mas a omissão desse aspecto não permitia esclarecer que, após a campanha, famílias que tivessem condições de controlar o acesso de crianças e animais domésticos dentro de casa poderiam convocar o serviço para o combate do camundongo. Não permitia, ainda, o aprofundamento do debate sobre as dificuldades específicas do controle dos camundongos. A partir da reunião em que o debate levou a técnica a reconhecer esse limite da campanha e a discussão que se seguiu mostrou ser rica, ela não mais evitou o tema. Seu comportamento era reflexo da tradição de os trabalhadores em campanhas sanitárias orientarem suas condutas educativas essencialmente para a mobilização e adesão da população às atividades programadas. Mas o processo educativo em curso ia superando essa contradição, mostrando como a educação popular em saúde desencadeia mudanças na consciência e nas atitudes tanto dos profissionais como da população.

Como também aconteceu com os outros temas debatidos por meio do vídeo, uma fita com depoimentos colhidos na comunidade e durante as reuniões foi entregue a especialistas em temas tocados nos debates.

O primeiro especialista, o sociólogo Renê Mendes Vilela<sup>6</sup> que vinha desenvolvendo pesquisa antropológica sobre as percepções de engenheiros sanitários sobre o lixo chamou atenção para o fato de todo o processo de discussão ter sido conduzido enfatizando muito as implicações negativas do lixo, o que com certeza teria inibido a explicitação pelos moradores de outras dimensões do seu pensar sobre o tema. A percepção do lixo como problema que deve ser enfrentado com afinco, apesar de parecer óbvia para os técnicos, não é universal. Na cultura de muitos grupos sociais, o lixo não é assunto que preocupa, e o comportamento a seu respeito provém da tradição e se orienta por significados a ele atribuídos fora do domínio da consciência. No contexto rural, de onde provém grande parte dos moradores das periferias urbanas, a dispersão das moradias minimiza enormemente as conseqüências do hábito de jogar o lixo nas redondezas. A intensa aglomeração das favelas transformou radicalmente essas condições, mas as mudanças culturais não são automáticas e passam por caminhos imprevisíveis pela lógica dos profissionais de saúde. Se o serviço de saúde deseja contribuir na reconstrução dos símbolos, pensamentos e comportamentos diante do lixo, ele precisa antes buscar entender em que fundamenta as diferentes ati-

---

<sup>6</sup> Aluno do Curso de Pós-Graduação em Sociologia da UFMG.

tudes a seu respeito. Para isso é fundamental um trabalho de escuta e pesquisa menos preocupado em convencer e mobilizar imediatamente para o controle do lixo.

Para o antropólogo Pierre Sanchis,<sup>7</sup> o segundo especialista entrevistado, por trás de comportamentos aparentemente estranhos, que se repetem em muitos membros de um grupo social, há sempre uma motivação profunda. Uma possível explicação genérica para o persistente descuido de vários moradores com o lixo seria a associação do empenho disciplinado para a higiene e a limpeza sanitária com a regulação coercitiva da espontaneidade natural do homem. O ser humano viveria atraído por dois pólos existenciais: de um lado, ele se sente atraído por deixar sua vida ser levada e se fortalecer nas fontes das energias naturais; de outro, ele se motiva pela convicção de que é o disciplinamento e controle dessas fontes espontâneas e impetuosas da natureza, presentes em si e nos outros, que levam ao progresso, à civilização e à felicidade. Dependendo da experiência pessoal e social de cada indivíduo ele tenderia a valorizar mais um desses pólos. Uma vez que as classes populares tendem a sofrer com maior intensidade as dimensões perversas do sistema regulador que organiza a vida econômica e social, seus membros são mais incentivados a perceber o progresso urbano moderno e suas exigências disciplinares como algo repelente e como fuga da espontaneidade e do que é verdadeiramente humano. Na sociedade urbana complexa e, mais ainda, na favela, onde a natureza original já não existe, o refúgio e a busca do natural pode levar a uma atração por uma “natureza infra natural”, ou seja, um fascínio pelo grotesco (o sujo, o lixo, os ratos...) e uma rejeição a qualquer ação disciplinadora. Nessa perspectiva, o desleixo com o lixo assumiria significado de contraposição à ordem e à disciplina que a sociedade urbana moderna quer impor aos vários indivíduos.

A ação educativa não pressupõe necessariamente o conhecimento anterior dos significados conscientes e inconscientes dos problemas postos em discussão pelos responsáveis por sua condução. Uma exigência desse nível inviabilizaria qualquer iniciativa. Fala-se de educação problematizadora justamente pelo reconhecimento da insuficiência dos conhecimentos dos diversos atores envolvidos no processo. Por muitas vezes se percebeu que os participantes das reuniões tinham aprendizados que os técnicos que as conduziam não compreendiam. O ato pedagógico tem repercussões que extrapolam a vontade e domínio do educador.

---

<sup>7</sup> Professor do Departamento de Sociologia e Antropologia da UFMG.

Mas a ampliação da capacidade de compreensão dos múltiplos significados dos problemas discutidos possibilita condução pedagógica mais flexível e, portanto, mais capaz de permitir o entendimento coletivo dos entraves e possibilidades da busca de melhores condições de saúde. Tal é o sentido do diálogo dos profissionais de saúde com a psicanálise, a antropologia e a sociologia.

O último especialista entrevistado, o biólogo Jaime da Costa Silva,<sup>8</sup> chamou a atenção para o fato de a superação da tradição vertical das campanhas sanitárias, que atuam sem envolvimento da população e das instituições locais e, portanto, desencadeando mudanças apenas provisórias nos problemas de saúde enfrentados, só ser obtida se, além de novas intenções e projetos de mudança, forem criadas condições institucionais para maior integração dos serviços de saúde com a população. Os atuais serviços básicos de saúde estão muito distantes do cotidiano da população para conseguirem atuar de forma continuada no controle ambiental das doenças endêmicas. A experiência institucional no Brasil que mais conseguiu aproximar-se do cotidiano da população vem acontecendo notadamente com a incorporação das agentes comunitárias de saúde nos serviços de saúde locais. Elas têm significado a criação de um elo entre os centros e postos de saúde e as famílias. Mas essa inovação tem acontecido de forma restrita, solidificando-se apenas na região Nordeste por encontrar muitas resistências entre os sanitaristas das regiões mais desenvolvidas do país.

Nesse sentido, a proposta de colocação, de forma permanente, de agentes sanitários nos centros de saúde de Belo Horizonte é um avanço. Mas uma vez que se pretende que tais agentes sanitários atuem preferencialmente voltados para o controle das zoonoses, corre-se o risco de que eles não se integrem na totalidade do serviço, como buscam fazer os agentes comunitários de saúde, criando-se assim mais um programa específico. As zoonoses, como qualquer outro problema de saúde, não se apresentam nos serviços de forma isolada dos outros problemas. O avanço trazido pelas agentes comunitárias de saúde foi justamente por possibilitarem integração entre as várias atividades desenvolvidas nos serviços de saúde no momento de fortalecimento dos vínculos com a população. Além disso, são a aproximação e a legitimidade adquiridas no acompanhamento das famílias com problemas clínicos corriqueiros que permitem maior efetividade na ação contra as zoonoses.

---

<sup>8</sup> Coordenador do Programa de Controle de Zoonoses da Fundação Nacional de Saúde — Regional Minas Gerais.

### 4.3.2 Apesar das novas propostas, a máquina campanhista não consegue parar

O mês de discussões sobre os ratos e o lixo no Aglomerado Morro das Pedras terminou e a mobilização para a desratização e limpeza da região esvaziou-se. A equipe do Distrito Sanitário Oeste responsável pelas zoonoses na verdade estava muito mais preocupada com dois outros problemas: o aumento do número de casos de leishmaniose tegumentar e o aparecimento da epidemia de dengue em Belo Horizonte. A grande prioridade, no momento, era o levantamento quantitativo da presença do mosquito *Aedes aegypti* na região. Ao mesmo tempo, a equipe do programa de combate à desnutrição do C. S. Vila Leonina começava a viver um momento de crise com os atritos e insatisfações de vários membros com a Secretaria Municipal de Saúde. Não foi possível nem mesmo reunir a equipe do Centro de Saúde para discutir os depoimentos dos especialistas gravados em vídeo. O tema dos lixos e ratos foi sendo esquecido. Um mês depois, a fase de coleta intensiva de dados desta pesquisa encerrou-se.

Passados sete meses, quando o verão já se aproximava trazendo as chuvas e com elas a inviabilização da campanha nesse ano (a chuva estraga as iscas com raticida), resolveu-se dar início à campanha. Não havia mais tempo para retomar os contatos estabelecidos no mês de discussões, pois a programação era “varrer” em três semanas todo o Aglomerado Morro das Pedras, desratizando e limpando o lixo. Sem envolver a equipe do C. S. Vila Leonina, os profissionais do Programa de Controle das Zoonoses do Distrito Sanitário Oeste passaram a mobilizar a população para a campanha, utilizando carros de som e visitando as lideranças das associações de moradores locais. A proposta de transformar a campanha em uma ação permanente e participativa foi deixada de lado, pois não havia mais tempo: adiar a desratização seria descumprir as metas estipuladas para aquele ano e o combate ao dengue, que ainda não terminara, exigia pressa. Era a ditadura da urgência tão presente nos serviços de saúde: a gravidade dos problemas de saúde justificando e apoiando a gestão autoritária.

Mas a pressa da campanha precisou ser moderada, pois a população passou a não colaborar e até mesmo a resistir. Na Vila Antenas, quando o carro do Programa chegou e os guardas sanitários uniformizados desceram, foram logo cercados por homens que ameaçaram: “Vocês têm três minutos para saírem daqui, senão vão levar bala”. Numa região da Vila Leonina, a equipe foi também cercada e ameaçada. Uma profissional que participava da equipe passou a ser molestada com beliscões e esfregões.

A entrada intempestiva dos profissionais da campanha na favela provocou a manifestação da organização criminal, possivelmente ligada ao tráfico de drogas, existente nessas regiões, antes tão visitadas pelos profissionais do programa de combate à desnutrição, mostrando que o acesso aparentemente tranquilo que tivéramos tinha sido uma conquista devida à forma gradativa que ocorrera e pela participação de profissionais bem conhecidos na região. O motorista do carro da Secretaria de Saúde ficou apavorado e prometeu: “Nunca mais volto lá”. Essas histórias repercutiram amplamente entre os profissionais dos serviços de saúde da região, ajudando a ampliar e solidificar preconceitos e desconfianças contra os moradores.

Em outras regiões da favela, a equipe da campanha de desratização não foi ameaçada, mas não conseguia adesão dos moradores para acompanhá-los pelos becos. Muitos profissionais ficaram revoltados: “Nós estamos aqui para ajudá-los e eles são incapazes de nos acompanhar”. Acreditando intensamente na nobreza e importância central de seu trabalho, julgavam ser merecedores de adesão automática e imediata dos moradores aos seus projetos, desconsiderando a falta de atenção da Secretaria Municipal de Saúde ao trabalho anterior de aproximação e discussão.

Diante das resistências, a campanha foi suspensa e marcou-se uma reunião com profissionais do Centro de Saúde e lideranças comunitárias para pensar novas estratégias. Procurei discutir sobre a importância de se buscar transformar aquela ação campanhista numa ação gradativa a longo prazo, como tinha sido inicialmente proposto pela própria coordenação do Programa de Controle das Zoonoses. Apesar de ouvirem com interesse e respeito minha argumentação, continuaram discutindo apressadamente os detalhes para a retomada da campanha. A máquina campanhista não podia parar. Outras regiões aguardavam também a campanha de desratização e as chuvas já estavam se iniciando. A tradição campanhista estava firmemente cristalizada na estrutura institucional de enfrentamento das endemias e zoonoses. Sua reorientação exigia uma pausa que era logo atropelada pelas urgências dos surtos epidêmicos e das exigências de produtividade imediata da burocracia do setor saúde.

Profissionais mais antigos no serviço e lideranças comunitárias visitaram as regiões que tinham apresentado maiores resistências à campanha, desfazendo-as. A “varredura” desratizadora do Aglomerado Morro das Pedras pôde então ser completada sem outras agressões e ameaças. Mais uma intervenção sanitária vertical e passageira aconteceu no Aglomerado Morro das Pedras.

Passados dezoito meses das reuniões sobre o lixo e os ratos, a coordenação do Programa de Controle de Zoonoses continua, no entanto, pro-

gramando para futuro próximo a lotação definitiva dos auxiliares sanitários nos diversos centros de saúde da região para ação mais duradoura.

#### **4.4 O vídeo artesanal como uma técnica de comunicação popular alternativa**

Durante toda esta pesquisa, o vídeo mostrou ser importante instrumento facilitador do acesso dos profissionais de saúde ao cotidiano de vida da periferia urbana. Mostrou também ser instrumento poderoso de transmissão ao restante da equipe de saúde das informações obtidas nesse acesso. Significou ainda instrumento de dinamização dos debates educativos realizados no serviço. Finalmente, possibilitou a ampliação da difusão dos resultados da ação educativa desencadeada, ao mesmo tempo que permitiu a documentação do processo de pesquisa-ação.

A utilização do vídeo dessa forma assemelha-se a outras experiências. Há uma forte tradição latino-americana de utilização de meios de comunicação alternativos na perspectiva da educação popular. Sob influência do pensamento de Paulo Freire, desde o final da década de 1960, paulatinamente foram proliferando meios de informação e comunicação alternativos voltados para contrapor ao monopólio da palavra nos grandes meios de comunicação de massa pelos que usufruíam o poder político e econômico no contexto de ditadura militar que marcava quase todos os países da América Latina. A diversidade de iniciativas e propostas resultou em grande variedade de termos designando esse movimento: comunicação alternativa, popular, comunitária, participativa, dialógica, libertadora, autogestionária, horizontal, de base, etc. (Gomes, 1986:44-9).

Nesse movimento de comunicação alternativa se busca desenvolver técnicas de utilização dos meios de comunicação que superem a tradicional separação entre o emissor e o receptor, tentando promover a participação de membros e grupos do público receptor na produção das mensagens a serem difundidas de forma que, em vez de simples receptores e emissores, passem a ser sujeitos que se intercomunicam. As diversas práticas de comunicação caracterizam-se ainda por serem operadas buscando apoiar a luta das classes subalternas contra a opressão econômica e política e a favor de uma sociedade democrática e justa. Nesse sentido, recepção e emissão são vistas como participação no processo de diálogo e discussão que, problematizando as questões enfrentadas pelos sujeitos subalternos, contribuem para a elevação do seu nível de consciência e organização e assim ampliam sua capacidade de transformação social. A utilização de recursos tecnológicos simplificados, antes de ser característica central, é decorrência do afastamento

de seus protagonistas dos centros do poder econômico e político (Mata,<sup>9</sup> citada por Gomes, 1986:53).

A partir da segunda metade da década de 80, com o processo de democratização conquistado na maioria dos países da América Latina, assiste-se ao esvaziamento da mobilização em torno do tema da comunicação popular. Vai-se ampliando a percepção de que a indústria cultural não é um todo monolítico e impenetrável a serviço das classes dominantes e voltada para impor sua ideologia ao restante da população. Mesmo reconhecendo o controle dos grandes meios de comunicação de massa pelo poder político e econômico hegemônico e o conseqüente silenciamento que produzem das vozes das classes subalternas, vão tornando-se evidentes as suas contradições que os fazem também permeáveis a outras forças políticas e culturais presentes na sociedade. Assiste-se a um deslocamento do interesse de comunicadores de esquerda na ocupação e ampliação de espaços na indústria cultural (Silva, 1986:31). Ao mesmo tempo, crescem as denúncias a respeito do caráter autoritário de mensagens veiculadas por muitos meios de comunicação até então denominados de alternativos. Preocupados em conseguir ampliar a sustentação política de suas propostas de transformação social, muitas organizações populares e entidades não-governamentais que utilizam meios alternativos de comunicação também tratam o receptor de suas mensagens como objeto, convertendo-os em simples receptáculos de suas urgentes verdades proferidas de forma taxativa (Grimberg, 1987:21-2). Assiste-se então a um processo de desencantamento com as propostas de comunicação popular.

No entanto, as propostas de comunicação popular latino-americanas continuam inspirando iniciativas em sociedades urbanas complexas de países europeus onde se afirma viver contextos culturais pós-modernos (Mader, 1995:8). Movimentos populares e sindicais, organizações não-governamentais e instituições públicas vêm ainda introduzindo uma série de projetos de comunicação orientados em sua perspectiva. *Qual o papel da comunicação popular e alternativa em sociedades complexas com instituições em processo de democratização e em que os meios de comunicação de massa apresentam alguma permeabilidade às demandas e discursos de grupos sociais mais organizados?* Parte da resposta a essa pergunta pode ser encontrada analisando-se a experiência com o vídeo artesanal no C. S. Vila Leonina.

A televisão brasileira aproxima-se de seu cinquentenário. A população inteira do país aprendeu a ver e amar a televisão, como também a conviver

---

<sup>9</sup> Mata, Maria Cristina. *Comunicación popular y comunidad*. In: *Comunicación cristiana: desafío y cambio*. Buenos Aires: WACC, 1981. 79 p. (mimeo.)

com uma nova realidade, a inversão que ela traz: o mundo virou um palco do qual todos se informam diariamente ao passo que o espaço em que se mora e trabalha virou uma selva, onde se desconhece o vizinho. O desenvolvimento das técnicas de comunicação diminuíram as possibilidades de influência da comunicação individual e grupal (Kuperman, 1995). Nesse sentido, os vídeos no C. S. Vila Leonina potencializaram a discussão de problemas comunitários e de relacionamentos com os serviços públicos locais que são demasiadamente particulares para interessarem aos grandes meios de comunicação. Se as organizações populares mais estruturadas do Aglomerado Morro das Pedras tinham algum acesso à imprensa e às redes de televisão e rádio da cidade para veicularem reivindicações e iniciativas, o mesmo não acontecia com os setores mais subalternos, justamente os que necessitavam de maior atenção para seus problemas de saúde. Eles continuam sem voz nos grandes centros urbanos. Os vídeos serviram como instrumento de explicitação pública das razões e motivações de algumas das famílias mais subalternas do Aglomerado Morro das Pedras.

Nesta pesquisa, o vídeo artesanal esteve sempre integrado às práticas institucionais, buscando reorientá-las, diferenciando-se assim de muitas teorizações a respeito da comunicação popular e alternativa que a enfatizam como algo caracterizado pela contraposição aos grandes meios de comunicação de massa e aos mecanismos de difusão ideológica do Estado. O processo de democratização do país possibilitou que muitas metodologias de comunicação inicialmente desenvolvidas num contexto de enfrentamento dos instrumentos de difusão dos discursos de um Estado ditatorial fossem incorporadas nas políticas sociais e contribuíssem para torná-las mais adequadas às necessidades dos setores populares mais subalternos. Essas metodologias, quando incorporadas nas políticas sociais, trazem para as suas práticas um saber sobre a maneira de lidar com os sujeitos subalternos de forma participativa.

Num contexto em que os profissionais de saúde, mesmo os comprometidos politicamente com os interesses das classes populares, sentem extrema dificuldade de se aproximarem da vida cotidiana dos moradores das periferias urbanas, instrumentos técnicos como vídeo artesanal e outros meios de comunicação popular (assim como técnicas de dinâmica de grupo) podem significar uma forma inicial de inserção.

Nas experiências iniciais de educação popular enfatizava-se a necessidade de uma inserção profunda no meio popular:

O que exige a teoria da ação dialógica é que, qualquer que seja o momento da ação revolucionária, ela não pode prescindir desta comunhão com as massas populares.

A comunhão provoca a colaboração que leva liderança e massas

àquela “fusão” a que se refere o grande líder recentemente desaparecido [referia-se a Che Guevara]. Fusão que só existe se a ação revolucionária é realmente humana, por isto, simpática, amorosa, comunicante, humilde, para ser libertadora (Freire, 1979:201).

O contexto de tensão trazido pela ditadura militar criou um clima de sectarização nos diversos grupos sociais que motivou a ida de muitos intelectuais e técnicos para as periferias urbanas e povoados rurais, onde passaram a morar e participar ativamente do cotidiano aí vivido. Esse contexto político e cultural está superado. Muitos profissionais querem contribuir para as lutas dos movimentos sociais e atuar orientados pelas necessidades dos setores mais subalternos da sociedade, mas não se dispõem a alterar profundamente sua vida pessoal. Assim, a aproximação, que naquelas experiências acontecia progressivamente na convivência diária com os novos vizinhos, hoje necessita ser iniciada e mediada por instrumentos e atividades técnicas bem definidas. Nesse sentido, a elaboração de um boletim de saúde para o bairro, a organização de uma peça de teatro sobre problema de saúde que esteja preocupando a região ou a organização de um grupo educativo com diabéticos podem ser uma estratégia inicial de aproximação se forem feitas dentro de uma metodologia participativa. A câmara de vídeo, com sua aparência de algo extremamente moderno, mostrou ser poderoso instrumento de aproximação que ainda conseguia trazer para o debate, no restante do serviço, as informações e relações afetivas explicitadas. Tais estratégias técnicas de acesso à cultura local podem possibilitar a construção de identificação progressiva de alguns profissionais com os interesses e a realidade dos moradores, capaz de reorientar profundamente muitas das práticas de saúde.

Finalmente, a utilização de técnicas de comunicação popular nos serviços de saúde pode contribuir para o fortalecimento de uma comunidade mais democrática que supere o esquema pelo qual poucos têm direito de fazer chegar suas mensagens e visões de mundo a muitos. O vídeo como ferramenta de comunicação democrática pode contribuir para a construção de uma sociedade com mais sujeitos e protagonistas sociais, com capacidade de expressão autônoma, capacidade de recepção crítica e possibilidade de serem os construtores de sua própria realidade e de sua própria história (Gómez, 1993).

#### **4.4.1 Situando as modalidades de técnicas de vídeo utilizadas**

A utilização de vídeos como instrumentos educativos em saúde já é bastante comum no Brasil. Em geral utilizam-se vídeos produzidos por

instituições públicas ou organizações não-governamentais que contratam profissionais de comunicação especializados em vídeo com objetivo de desenvolverem um tema predefinido com base em determinada ótica de análise. O vídeo pronto, produto acabado, é que será utilizado como instrumento educativo. Trata-se do *video-produto*.

O desenvolvimento do vídeo portátil e a queda do custo dos equipamentos domésticos e profissionais permitiram o crescimento de novas práticas e usos do vídeo. Uma das práticas que se têm mostrado bastante promissora é o chamado *video-processo*, em que determinada comunidade, instituição ou grupo utiliza-se de forma sistemática do vídeo como elemento de integração, transmissão ou lazer. O vídeo vai sendo produzido com participação de vários membros num processo continuado em que sua elaboração se torna a base de uma dinâmica educativa interna. Cada etapa do vídeo serve de suporte para a discussão de novos temas.<sup>10</sup> A forma como o vídeo foi utilizado nesta pesquisa enquadra-se nessa modalidade.

Outra classificação das técnicas usuais de utilização educativa de vídeo e que ajuda a situar as técnicas utilizadas nesta pesquisa foi apresentada por Gómez (1993). Ele identifica quatro modalidades técnicas:

- a) *vídeo-espelho*;
- b) *vídeo artesanal*;
- c) *vídeo básico*;
- d) *vídeo massivo*.

No *vídeo-espelho* o interesse é centrado exclusivamente na utilização imediata das imagens gravadas ou no uso da câmara e do monitor (televisão) sem o registro de imagens sobre fita magnética. Não se produzem materiais nem para uso posterior nem para outras pessoas. O interesse pela qualidade técnica da filmagem é mínimo: bastam os equipamentos domésticos em operação automática para se conseguir o efeito desejado. O valor dessa prática reside no fortalecimento da auto-imagem; busca-se a auto-observação, individual ou coletiva, para a modificação de comportamentos ou atitudes. Foi uma técnica utilizada em muitas reuniões do programa de combate à desnutrição sem que fossem bem aproveitadas as suas potencialidades, ou seja, a discussão da auto-observação pelos participantes.

O *vídeo artesanal* procura registrar as atividades e processos dos grupos envolvidos e pode ser feito pelos próprios grupos, com a ajuda de

---

<sup>10</sup> Brazil, Daniel. *Vídeo: uso e função* (texto xerografado sem outros dados bibliográficos).

profissionais externos. Sua principal atividade é o registro e se apóia em edições artesanais para a seleção de materiais de interesse para exibições coletivas. Realizado em geral com equipamentos domésticos ou profissionais, seu baixo custo e agilidade permitem grande quantidade de produção, mas sua baixa qualidade técnica reduz o público às pessoas ou grupos diretamente envolvidos ou que já conheçam e tenham prévia simpatia pela causa mostrada e com os quais se pode ampliar a informação ou a discussão no momento da exibição. O valor fundamental dessa prática reside no registro histórico das atividades de determinado grupo e na dinamização de seu trabalho com auxílio desse registro audiovisual. Trata-se, assim como o vídeo-espelho, de modalidade de vídeo-processo.

O *vídeo básico* busca a elaboração de programas simples sobre as atividades e processos de um grupo, com objetivo de compartilhá-los com outros grupos de interesses afins, conhecidos ou desconhecidos. Nessa prática, a participação de uma pequena equipe de profissionais experientados é importante para assegurar a qualidade de conteúdos necessária à linguagem audiovisual. A edição, que pode se dar a partir de imagens gravadas para esse fim ou de registros anteriores (vídeo artesanal), é algo mais que a seleção de fragmentos em uma nova fita: combina recursos de diferentes origens e mistura novos sons com os existentes para alcançar melhor resultado. Para conseguir essa edição básica, são necessários equipamentos mais aprimorados que os meramente domésticos, o que eleva seus custos; mas, ao mesmo tempo, permite chegar a público mais numeroso na região ou país (contanto que se compartilhem as condições, o tipo ou o tema da atividade em questão).

No outro extremo em relação ao vídeo-espelho, há o *vídeo de massas*. Nessa prática, o objetivo é a produção de mensagem gravada de alta qualidade técnica e narrativa, dirigida a públicos massivos, heterogêneos e não necessariamente interessados no tema. Por suas características de divulgação ampla e em canal aberto, essas mensagens são elaboradas por profissionais, usando equipamentos aprimorados e de alto custo, no menor tempo possível. Necessitam incluir toda informação e contexto pertinentes para um espectador não familiarizado com o tema, que deve ser apresentado de maneira ágil, envolvente e clara. Os custos de produção são muito elevados e é indispensável assegurar os mecanismos de distribuição que façam chegar a mensagem ao amplo e diverso público que se busca, mediante reiteradas exibições coletivas, distribuição direta e canais de TV de amplo alcance. Trata-se de exemplo típico de vídeo-produto em que cabe aos serviços de saúde apenas a criação de espaços de exibição para posterior discussão.

A complexidade presente nessa modalidade de comunicação popular,

o vídeo, indica a necessidade de maior integração de profissionais de comunicação ao sistema de saúde para que seja ampliada sua face educativa. O conhecimento de técnicas e metodologias de manejo dos instrumentos de comunicação possibilita a criação de novos caminhos educativos ou a superação de entraves. No entanto, a participação de profissionais de comunicação nas instituições de saúde tem-se voltado sobretudo para sua propaganda e de seus dirigentes, atuando no que se denomina de “*marketing* institucional”. Quando as assessorias de comunicação se voltam para a educação em saúde, dedicam-se à produção de materiais de difusão nos grandes meios de comunicação de forma desvinculada das práticas de saúde realizadas nos múltiplos locais de atendimento. Em geral essas assessorias de comunicação são ocupadas por profissionais trazidos das grandes empresas do setor de *marketing* ou das grandes redes de comunicação e não têm tradição de trabalho conjunto com os profissionais de saúde.<sup>11</sup>

Uma experiência pioneira de atuação de comunicadores em serviços locais de saúde ocorria em Belo Horizonte na época desta pesquisa: o projeto Vídeo na Sala de Espera. Alguns de seus participantes apoiaram inicialmente o processo de produção de vídeo no C. S. Vila Leonina. Produziam vídeos sobre problemas de saúde locais que eram mostrados nas salas de espera de cinco centros de saúde de Belo Horizonte. Pela falta de tradição de relacionamento entre comunicadores e os profissionais de saúde, seus vídeos, no entanto, não problematizavam as questões que preocupavam os profissionais de saúde e não os envolviam. Era como se fosse uma atividade paralela às iniciativas do serviço. Um membro do projeto reclamou: “Nós chamamos os profissionais de saúde para participarem das reuniões onde é definida a pauta do vídeo do próximo mês, mas eles quase nunca comparecem”. Quando a preocupação com a ampliação das atividades educativas não está incorporada à rotina dos serviços de saúde e à tradição de atuação da maioria dos profissionais, é preciso que os educadores e os comunicadores tenham a iniciativa de aproximação e integração. Se não querem exercer atividades isoladas e paralelas que, com seu afastamento, logo se esvaziam, os educadores e os comunicadores necessitam participar das reuniões dos vários programas em andamento para encontrar formas de inserção em sua rotina. Esse movimento de aproximação é, no entanto, difícil para os profissionais de

---

<sup>11</sup> Segundo discussões na Oficina de Educação e Comunicação em Saúde realizada no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Olinda (PE), nos dias 18 e 19 de junho de 1994.

comunicação que estranham e se constroem com os costumes, hierarquias e linguajar dos profissionais de saúde. A integração de comunicadores na rotina dos serviços de saúde é uma construção cultural e institucional lenta, que possivelmente dependerá da intermediação inicial de educadores em saúde.

#### **4.5 A crise do projeto de acompanhamento às famílias em situação de risco do Centro de Saúde Vila Leonina**

O processo de constituição do projeto de acompanhamento às famílias em situação de maior risco conviveu sempre com intensa insatisfação dos funcionários com a instituição em que trabalhavam, provocando desânimo e, ao mesmo tempo, instigando-os na busca de alternativas de trabalho motivadoras. Desânimo, indignação e desafio eram elementos presentes de forma oscilante no cotidiano agitado do Centro de Saúde. Com o passar dos meses, o clima de insatisfação foi crescendo, não só no C. S. Vila Leonina, mas em toda a Secretaria Municipal de Saúde, chegando, em maio de 1995 (nove meses após início do trabalho em campo dessa pesquisa), a desencadear uma greve extremamente tensa de todos os funcionários.

O eixo central da insatisfação dos funcionários estava no relacionamento com a administração central e regional da Secretaria Municipal de Saúde. A eleição de um prefeito do Partido dos Trabalhadores e a consequente ascensão aos cargos de chefia do segundo escalão de ex-lideranças sindicais e de colegas de lutas institucionais anteriores fez crescer as expectativas de muitos funcionários: os projetos sonhados agora estavam mais próximos de ser concretizados. Mas o que se assistiu foi a um processo de reorganização da Secretaria Municipal de Saúde marcado muito mais pelo controle administrativo do cumprimento das rotinas e normas do serviço e punição de desvios do que pela busca de parceria e aliança com os funcionários em que se procurasse identificar, valorizar e negociar com as suas iniciativas e propostas voltadas para aperfeiçoamento do atendimento.

A ocupação dos cargos de chefia por militantes de um partido de esquerda imprimiu ritmo e expectativa de militante às suas atuações, como se estivessem em aguerrido combate. Mas o restante dos funcionários, não sendo militantes, orientava-se por projetos diversos e por lógicas variadas, não acompanhando o ritmo de trabalho e as expectativas das novas chefias. Essa não-correspondência levou a um clima de antagonismo entre as novas chefias institucionais e as várias categorias e setores profissionais, que passaram a ser vistos como empecilhos que necessita-

vam ser contidos, controlados e conduzidos.<sup>12</sup> O pensamento da militância de esquerda, sendo marcado por intensa crença na racionalidade de seus projetos de transformação social, está muito próximo do autoritarismo, que é um efeito de atuações e vontades demasiadamente imperiosas de aplicar determinada racionalidade considerada como universal nas diversas situações particulares (Giddens, 1991).

A intermediação entre os vários funcionários e a administração regional do Distrito Sanitário era feita sobretudo pela gerente do Centro de Saúde. Era uma médica bastante respeitada pelo restante dos funcionários, mas vista como submissa às determinações do Distrito Sanitário. Sempre chamada a participar de reuniões e treinamentos nas várias instâncias administrativas da Secretaria Municipal de Saúde, tinha muito pouco tempo para acompanhar as diversas atividades desenvolvidas no Centro de Saúde e, assim, buscar detectar as dificuldades, negociar as divergências e apoiar as iniciativas emergentes. Nos contatos que estabelecia com os funcionários, a ênfase era o repasse e a explicação das novas orientações da administração central e regional. O Centro de Saúde, com seus cinquenta e três funcionários divididos em diversas equipes e turnos de trabalho, ficava bastante fragmentado e disperso pela ausência de iniciativas mais consistentes de articulação entre os vários setores. Havia ainda reclamação generalizada de vários funcionários de que, nas tentativas de contato direto com as instâncias administrativas da Secretaria de Saúde, eram tratados com desprezo e arrogância. Esses fatos repercutiam amplamente por se tratar de um Centro de Saúde com passado recente de pioneirismo e reconhecimento institucional. Havia, portanto, um clima de revolta com a forma como eram tratados pelas instâncias administrativas da Secretaria Municipal de Saúde.

Essa revolta entravava o funcionamento das mais diversas iniciativas. As criticadas posturas de autoritarismo e desprezo da administração central freqüentemente eram utilizadas como justificativa para a ausência de empenho no serviço. A falta de alguns materiais de consumo resultava freqüentemente em suspensão de toda a atividade, sem que se tentasse buscar formas alternativas de instituí-la. Era como se a ausência de determinado material significasse a reafirmação do percebido desprezo da ad-

---

<sup>12</sup> Esta análise foi feita por Leda Elizabeth de Brito, psicóloga da Escola de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e aluna do Curso de Pós-Graduação em Educação da UFMG, que nessa época pesquisava as formas de percepção sobre as instituições de saúde pelos funcionários da administração central e dos setores voltados para o atendimento da população.

ministração central em relação aos profissionais locais, reativando mágoas e ressentimentos que terminavam imobilizando a vontade de superação de entraves. A complexidade institucional da Secretaria de Saúde dificultava a percepção pelo funcionário local do que era realmente carência de recursos ou desinteresse das instâncias burocráticas em prover. A existência de atividades com mais recursos e outras com menos era de difícil compreensão uma vez que as prioridades da nova administração não estavam claras para os vários funcionários locais por falta de política de comunicação bem estruturada na instituição. Assim, no clima de insatisfação dominante, a carência de alguns recursos materiais tendia a ser interpretada como decorrente do descaso das instâncias hierarquicamente superiores com as necessidades locais.

No processo de acompanhamento às famílias em situação de maior risco desenvolvido pela equipe do programa de combate à desnutrição, o fascínio com as novas descobertas, o desafio e o prazer da criação de novos caminhos de atuação, a gratidão das famílias acompanhadas e a valorização pelo restante dos profissionais, de alguma forma, contrapuseram-se à situação de revolta e desânimo que imperava. Muitos participantes entusiasmaram-se com as novas atividades. Mas era um entusiasmo em constante luta com o desânimo e revolta, tornando frágil a continuidade do processo. Faltava ocorrer uma reorganização institucional que incorporasse as novas atividades em rotinas apoiadas e definidas administrativamente de forma que passassem a não depender mais apenas do empenho e da vontade pessoal momentâneos dos funcionários.

A equipe do programa, desde o início, procurou desenvolver suas novas atividades utilizando os recursos materiais e humanos já existentes no local, de forma que não necessitasse de maiores apoios das instâncias hierarquicamente superiores da Secretaria Municipal de Saúde, que avaliavam como inviáveis. No entanto, as novas formas de atuação que se foram delineando, ao mesmo tempo que fascinavam pela percepção de sua potencialidade e, assim, conduziam a equipe em direção a maior aprofundamento, foram também mostrando-se mais complexas do que pareciam ser inicialmente. Foi ficando claro que o mapeamento e o acompanhamento das famílias em situação de risco exigiam trabalho sistemático e amplo, impossível de ser executado com as sobras de tempo dos vários profissionais. Foi-se percebendo também que nesse processo de acompanhamento surgiam demandas de atuação na comunidade e nos grupos organizados da região, exigentes de redefinição das prioridades do serviço até então voltado basicamente para atendimento da demanda espontânea de casos clínicos e execução de programas de saúde pública bem delimitados. Era importante criar estrutura mais sólida de coordena-

ção, treinamento, supervisão e apoio material, demandando maior disponibilidade de recursos humanos.

Inicialmente, buscou-se conseguir apoio de alguns funcionários da administração central da Secretaria Municipal de Saúde que se imaginava abertos ao tipo de iniciativa em construção. Nos primeiros contatos, eles mostravam interesse e simpatia, mas não davam andamento às promessas de ampliação da discussão para outros setores. Apesar de não ter sido explicitado claramente, percebiam-se resistências à proposta de acompanhamento das famílias em situação de risco do C. S. Vila Leonina por sua proximidade com as idéias do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde, diante do qual as chefias da Secretaria tinham-se afirmado contrárias. Mas, mais que discordância teórica, parecia ser mais importante ainda a intensa absorção de suas atenções com os conflitos e as constantes reuniões e discussões internas que marcam a vida dos setores administrativos centrais do sistema de saúde.

Foi, então, tornando-se clara a necessidade de discussão do projeto com a equipe do Distrito Sanitário para que se pudesse prosseguir de forma consistente. Assim, foi organizada reunião no Centro de Saúde com todos os funcionários e representantes do Distrito. Outros temas também estavam a exigir a reunião.

A reunião contou com presença de grande número de funcionários dos vários turnos de trabalho. Após a exposição entusiasmada do projeto de acompanhamento das famílias em situação de risco pelos membros da equipe do programa de combate à desnutrição, os representantes do Distrito Sanitário começaram a explicitar seus temores. A maior preocupação era que o projeto estava mobilizando muita energia e tempo de trabalho dos profissionais locais (sete funcionários e seis estagiários), o que resultaria em diminuição da produtividade de outras atividades prioritárias. Apesar de já não se esperarem apoios muito amplos da chefia do Distrito Sanitário, a reação negativa surpreendeu. A preocupação com a produtividade de outras atividades era legítima, mas a ênfase apenas nas dimensões possivelmente negativas do projeto, sem valorizar a criatividade e o empenho da equipe, acirrou os ânimos. A discussão tornou-se tensa, propiciando a enunciação de afirmações agressivas dos representantes do Distrito Sanitário: “Vocês estão trocando atividades próprias do setor saúde por atividades que não são responsabilidade do setor saúde”. Insinuaram ainda que o projeto decorria de atividade de pesquisa de interesse acadêmico que eu impusera ao serviço. Foi interessante a reação de muitos profissionais à insinuação, que mostrou a convicção com que assumiam o projeto como seu. De fato, antes de iniciar a pesquisa eu nunca havia nem mesmo ouvido falar do mapeamento e acompanhamento de famílias

em situação de risco como estratégia de atenção à saúde. O elemento que trouxera e que, de fato, foi importante na construção do projeto foi a metodologia da educação popular. O restante fora construção coletiva como atestou a indignação dos vários membros da equipe.

A solicitação de ampliação da disponibilidade do carro do Distrito Sanitário por mais um expediente na semana (para as visitas domiciliares) foi recusada com a alegação de que significaria privilegiar o nosso Centro de Saúde em detrimento dos outros. Mais tarde soubemos, pelo motorista, que o carro ficava parado ou fazendo pequenos traslados para os próprios funcionários do Distrito, na maioria dos dias da semana, pois os outros centros de saúde não tinham atividade sistemática de visitas à comunidade.

A posição do Distrito Sanitário exacerbou a revolta dos funcionários. Passada a reunião, as declarações dos seus representantes eram lembradas com agressividade para confirmar o alegado afastamento da burocracia da Secretaria de Saúde das necessidades da atenção local à saúde. Ouvindo a gravação que fiz da reunião, ficou nítido, no entanto, que tal afastamento passou a ser difundido de forma exagerada. As frases mais agressivas haviam sido ditas em contexto de tensa polêmica. Não havia ocorrido desaprovação taxativa ao projeto. Pelo contrário, os técnicos do Distrito Sanitário mostraram-se também abertos para conhecê-lo melhor. Mas no clima de raiva, em que eu também me envolvi, parecia ser cômodo encontrar um culpado para as nossas dificuldades. Inicialmente, a raiva parecia desafiar a equipe a persistir no trabalho. No entanto, a difusão da noção de que o Distrito Sanitário era taxativamente contra o projeto significava, a longo prazo, seu esvaziamento, pois indicava que as intensas dificuldades vividas no dia-a-dia pelo projeto não tinham perspectiva de solução mais consistente em futuro próximo. Com raiva e frustrado, deixei de atuar como elemento de criação de espaços de negociação e discussão entre os atores envolvidos. A reunião evidenciara impasse que, no entanto, poderia ter sido trabalhado.

As visitas às famílias em situação de risco selecionadas continuavam de forma irregular. Nem todas as quatro equipes de acompanhamento estavam funcionando. O fluxo das visitas era frequentemente interrompido ora pelo desânimo de alguns profissionais em subir o morro, ora pelas férias de determinado funcionário que se afastava sem providenciar substituição, ora pelo rodízio dos estagiários envolvidos. O acompanhamento das famílias tinha dificuldade de se aprofundar pela ausência de planejamento e discussão sistematizados de cada caso. A enfermeira que coordenava o programa de combate à desnutrição começou a ser repetidamente criticada, pois seu envolvimento com as visitas estava prejudicando seu trabalho de supervisão às atividades das várias auxiliares de enfermagem

do Centro de Saúde. Ela, muito impulsiva, indignava-se com as críticas e se irritava, aumentando os conflitos com outros funcionários. Passou a ser acusada, então, de autoritária em sua relação com as auxiliares de enfermagem. Essa tensão passou a contaminar as reuniões do programa.

A manutenção do programa ia-se dando, então, em clima de tensão. Certa vez, a enfermeira que o coordenava afirmou:

“Por que eu vou continuar a me desgastar com este trabalho se ninguém da Secretaria de Saúde o valoriza e apóia? Eu vou é cuidar de minha vida e fazer só a rotina que eles querem que eu cumpra. Não quero envelhecer antes do tempo levando preocupações e raiva para casa.”

O desânimo aumentou ainda mais quando comecei a anunciar que o período de minha atuação no Centro de Saúde estava terminando. Apesar de nunca terem explicitado claramente, parecia que acreditavam estar repetindo o que acontecera no passado, quando assessores trazidos pela Opas desencadearam vários projetos de mudança institucional que não receberam os apoios materiais e de recursos humanos necessários ao seu prosseguimento, gerando frustrações por serem obrigados a continuar atuando segundo rotinas de trabalho cujas limitações tinham sido evidenciadas. Nesse período final da atividade em campo da pesquisa, eu estava muito sobrecarregado com o processo de discussão do enfrentamento do lixo e do rato no Aglomerado Morro das Pedras e não consegui deslocar minha intervenção para a discussão da frustração e desânimo que cresciam e ameaçavam o projeto.

Mas a seqüência de fatos negativos não tinha ainda terminado. A Associação de Pais e Mestres da escola privada que vinha financiando a compra do leite em pó distribuído às crianças desnutridas resolveu retirar seu apoio. Até mesmo a televisão e o videocassete que usávamos tinham sido doados por eles. Nos dois anos em que apoiaram materialmente o programa, nunca a equipe se preocupara em informá-los do que estava sendo feito com os recursos doados e, muito menos, em agradecer, desencadeando grande irritação de suas lideranças. A coordenação das atividades no Centro de Saúde estava muito envolvida com a rotina diária de trabalho para se preocupar com o relacionamento com entidades tão distantes. Com a suspensão do fornecimento do leite em pó, a freqüência aos grupos de crianças desnutridas reduziu-se em quase cinquenta por cento, contribuindo para aumentar ainda mais o desânimo da equipe. A falta de investimento na troca de informações não se restringia apenas ao relacionamento com a população e entre os vários setores do serviço.

#### 4.5.1 A subordinação dos avanços locais ao contexto político e administrativo

A crise por que passava o projeto de acompanhamento às famílias em situação de risco desencadeou, em alguns funcionários, um processo de questionar os possíveis erros cometidos no encaminhamento interno da proposta. Mas começamos a perceber que o clima de insatisfação, revolta e desânimo estava também tomando proporções surpreendentes nos vários setores do serviço. A crise do projeto ia mostrando ter raízes mais amplas. A palavra *greve*, subitamente, passou a fazer parte das conversas diárias.

Na assembléia-geral dos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde convocada para decidir a greve, ficou evidente que a revolta não estava apenas no Centro de Saúde Vila Leonina. O auditório estava lotado. Os discursos estavam carregados de ressentimento. Apenas algumas lideranças sindicais procuravam amenizar as críticas, contextualizando-as com dificuldades enfrentadas pela prefeitura administrada por governo do Partido dos Trabalhadores. Mas a intensidade da revolta dos funcionários constrangia as iniciativas conciliadoras desses líderes sindicais.

No clima de revolta, a questão salarial ganhara grande importância. A Prefeitura de Belo Horizonte vinha dando reajustes salariais acima dos índices inflacionários oficiais, destacando-se em relação à maioria das outras prefeituras brasileiras que, vivendo problemas orçamentários graves, não conseguiram acompanhar tais índices. Mas a adoção do Plano Real de ajuste monetário desencadeou aumento desproporcional dos preços do setor de prestação de serviços em relação ao restante dos preços. A remuneração de serviços médicos e odontológicos no setor privado aumentou significativamente, causando defasagem com os salários de algumas categorias profissionais do setor público.

Apesar de a grande reivindicação ser salarial, os discursos revelavam que a forma de relacionamento das chefias com funcionários era fonte primordial de tensão. Reclamava-se intensamente do autoritarismo da administração atual do esvaziamento da Previdência Municipal (chegando à não-participação dos funcionários em seu Conselho Fiscal), da desvalorização dos pequenos pleitos individuais pelo setor de pessoal, etc. O salário parecia assumir sentido simbólico de representar a atenção dispensada pela administração aos funcionários. Reconhecia-se que os recursos materiais disponíveis nos serviços tinham aumentado significativamente, mas não se aceitava que a proporção dos gastos orçamentários com o funcionalismo estivesse diminuindo.

A greve (inicialmente sem a participação dos médicos, que buscaram

negociar separadamente, e depois apenas com eles) arrastou-se por mais de dois meses e não resultou em nenhum ganho salarial. Pelo contrário, os funcionários tiveram de repor as horas paradas aumentando a carga horária semanal de trabalho para não sofrerem descontos salariais. Uma funcionária declarou:

“Este pessoal que agora está na prefeitura é doutor em greve. Foram eles que lideraram todas as greves que nós fizemos no passado. Para eles foi fácil acabar com a greve. Mas agora ninguém confia mais neles. Eu encontrei, outro dia, com um deles e disse: — é bom ver você assim gordo, de terno e de carro. Acumule bastante porque de agora em diante vocês não contam mais com o apoio de nós funcionários para tirar dos apertos, como foi naquele dia em que nos mobilizamos para tirar você da prisão.”

A greve terminou mas a revolta e o desânimo continuaram. Declarou outra funcionária: “Atualmente ninguém quer saber de propostas novas de trabalho. A gente só vai levando, mal-mal, as obrigações rotineiras”. Nesse clima, vários profissionais de nível superior demitiram-se, se aposentaram ou pediram licença sem vencimento. A notícia de mais uma demissão causava satisfação nos funcionários que ficavam. Era uma forma de reafirmar e repercutir a revolta com a administração da Secretaria Municipal de Saúde.

O programa de combate à desnutrição e as atividades de acompanhamento às famílias sofreram as conseqüências dessa situação. A enfermeira que os coordenava pediu licença especial por seis meses. Quando voltou, não quis mais reassumi-los. Um médico que aderira ao programa pediu demissão. Outra médica aposentou-se. Na época eu já me havia também afastado em razão do encerramento do período programado de pesquisa em campo. Assim as atividades se reduziram enormemente. As reuniões com as famílias de crianças desnutridas passaram a ser executadas por uma terapeuta ocupacional e uma auxiliar de enfermagem pela manhã e por um médico e uma outra auxiliar de enfermagem à tarde. Apenas a equipe da tarde continuou a fazer as visitas domiciliares. Não houve mais reuniões conjuntas para discutir estratégias comuns de aperfeiçoamento do trabalho. Todo esse processo de esvaziamento do projeto poderia ser tema de novas ações de reflexão e debate no serviço com o fim de buscar novos caminhos, mas não existiam outros profissionais no C. S. Vila Leonina envolvidos com a metodologia da educação popular.

Os rearranjos institucionais desencadeados pelas práticas educativas executadas no serviço iam mostrando-se bastante subordinados à situação política e administrativa mais geral do sistema de saúde. O período de

atuação em campo dessa pesquisa-ação (sete meses) mostrou ser insuficiente para desencadear mudanças institucionais mais consistentes naquela conjuntura política e administrativa. Na verdade, eu me surpreendera com a riqueza e a amplitude do processo de construção de novas práticas de saúde que a pesquisa desencadeou. Fui entusiasmando-me e deixando de ser crítico da provisoriidade daquela intervenção.

Viveu-se ali um processo com bastante semelhança a outras experiências de intervenção nos serviços de saúde por grupos profissionais orientados pela metodologia da educação popular levadas à frente em diferentes regiões brasileiras. Uma vez que contrariam interesses de grupos políticos hegemônicos, da burocracia do sistema de saúde ou dos profissionais locais mais tradicionais, tendem a resultar em projetos de reorientação mais geral das práticas de saúde bastante instáveis institucionalmente e, por isso, freqüentemente transitórios, a menos que coincidam com conjunturas políticas e administrativas especiais que lhes dêem suporte. Mas o esvaziamento de muitas dessas experiências não significou necessariamente fracasso. Tais experiências, mesmo esvaziadas, mostraram importante poder de irradiação cultural. Tornaram-se referências para novas iniciativas na própria instituição ou em outros locais.

O próprio C. S. Vila Leonina é um exemplo de repercussão de longo prazo de iniciativas educativas e reformulação institucional divulgadas como fracassadas. O processo de discussão e pesquisa, desencadeado pela assessoria da Opas e pelo empenho de muitos dos seus profissionais locais, o conduziu a um patamar organizativo, de capacitação profissional e de aproximação com a população que ainda está presente apesar da sensação de frustração presente entre seus profissionais.

É importante ainda lembrar a força de irradiação cultural de caminhos de integração dos serviços de saúde com a população proporcionados por experiências como o Centro Regional de Saúde de Montes Claros (MG) nos anos 70, o movimento da Zona Leste da cidade de São Paulo, as agentes de saúde na periferia de Recife (PE) na época do bispo D. Hélder Câmara e em Porto Nacional (TO), os serviços comunitários de saúde em São Félix do Araguaia (PA) nos anos 80, o movimento de mobilização denominado *O Meio Grito* em Goiás Velho (GO), as formas de controle popular na cidade de Ronda Alta (RS), a administração municipal de Cachoeira de Macacu (RJ), o controle da doença de Chagas em Bambuí (MG) e centenas de outras experiências menos conhecidas. A grande maioria teve ciclo de vida curto justamente por sua subordinação ao contexto político e administrativo mais geral em que se inseriam, o que não impediu a difusão de seus caminhos.

Por que existe a crença generalizada de que “os movimentos têm desaparecido” e por que os últimos quarenta anos parecem ter sido um período em que nada aconteceu? Talvez seja devido ao fato de estarmos muito acostumados à História política. Mas, antes de mais nada, a História é social e cultural; refere-se à vida diária dos homens e das mulheres. Se observarmos de perto, ela revelará mudanças decisivas, que levam a uma revolução social... não modificaram o navio, mas sim o oceano em que este navega (Heller,<sup>13</sup> citada em Mejía, 1994:54).

Diante da instabilidade das iniciativas nos serviços públicos de saúde é, portanto, importante prestar mais atenção ao potencial de difusão cultural das experiências mais avançadas de atenção à saúde que termina propiciando continuidade ao processo, especialmente porque essa difusão pode ser ampliada mediante estratégias educativas e de comunicação.

A experiência vivida no C. S. Vila Leonina a partir da investigação das dificuldades do programa de combate à desnutrição deixou marcas positivas e negativas no próprio serviço. Possibilitou maior proximidade e conhecimento da vida da favela, capacitação de alguns funcionários e lideranças populares em relação aos caminhos de integração entre o serviço de saúde e a população, reorganização parcial de algumas de suas atividades, etc. Trouxe também, para alguns funcionários, maior descrédito e desânimo na possibilidade de novas tentativas e exacerbação de ressentimentos e acomodações. A dimensão das marcas positivas ou negativas mostrou estar correlacionada não apenas com as realizações e inovações alcançadas, mas com o processo em que foram construídas. Uma vez que eram construídas de forma democrática e participada, as inovações incorporavam-se à cultura institucional com maior adesão afetiva e maior difusão entre os colegas.

Não houve condições de avaliar com maior precisão o significado para a clientela das novas atividades desenvolvidas pela equipe do programa de combate à desnutrição. Foram atividades que se misturaram e diluíram no turbilhão de permanente desintegração e mudança que marca a vida daquela população da periferia urbana. Mas, no mês anterior à greve dos funcionários, procurou-se avaliar o programa nas reuniões com as famílias das crianças desnutridas. As mães frisaram muito a importância dos

---

<sup>13</sup> Heller, Ágnes. Los movimientos culturales como vehículo de cambio. Nueva Sociedad. Caracas, 96, jul.-ago. (citada com dados bibliográficos incompletos).

alimentos distribuídos para os seus filhos. Mostraram valorizar o acompanhamento mensal do crescimento das crianças e a oportunidade de tratar rapidamente pequenos problemas de saúde propiciada pelo programa. Em geral, afirmaram gostar das reuniões quando os temas eram discutidos de forma animada. Mas criticaram intensamente o tempo que perdiam até a entrega dos alimentos. Havia muito atraso antes de começar as reuniões e elas demoravam demais, sobretudo quando era passado o vídeo. Uma mãe afirmou: “Às vezes me dá uma impaciência tão grande... Eu aqui parada e com tanta coisa para fazer lá em casa... Vocês não imaginam o sufoco que é a minha vida”. Para os profissionais que gostavam das atividades educativas, as reuniões eram um momento central e levavam freqüentemente à empolgação decorrente do ímpeto de se fazer significativo na reordenação da vida social. Respeitar as diferenças é também delimitar o tempo das atividades educativas em saúde.

#### **4.6 Educação popular e pesquisa-ação como estratégias de combate às doenças**

O enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias, assim como de outras patologias, não depende apenas de ações técnicas dos serviços de saúde. Passa necessariamente pela iniciativa dos indivíduos, famílias e grupos sociais que no dia-a-dia convivem, resistem e se conformam a elas. O esforço médico, em geral, corre paralelo, dessincronizado e até em oposição ao esforço popular de combate aos problemas de saúde. O reconhecimento do fosso existente entre a ação das instituições de saúde e o pensar e o fazer cotidiano da população já estava presente no início do século, propiciando o desenvolvimento da educação em saúde que, no entanto, vem ocupando espaço marginal nas políticas de saúde, além de ter-se mostrado extremamente marcada pelo preconceito contra o pobre e pelo desconhecimento das reais condições de vida das classes populares.

Após a priorização internacional da atenção primária em saúde, de que a Conferência de Alma-Ata em 1978 foi grande marco, os organismos internacionais de saúde, como a OMS, passaram a enfatizar a necessidade de se estudar o contexto cultural das populações para melhor adequação das práticas de saúde. Mas a maioria das orientações e das novas práticas emergentes (Campbell, 1993:2) caracterizam-se por utilização instrumental e simplificadora dos dados culturais locais: as crenças, linguagem e iniciativas da população são estudadas para fazer as mensagens educativas se tornarem mais compreensíveis e mais atraentes. As prioridades e os conhecimentos educativos necessários continuam sendo determinados pelo

grupo de técnicos sem se deixar questionar pelas razões, interesses e saberes da população, só que agora procurando revesti-los espertamente com discursos locais ou associando-os com acontecimentos e crenças da população. Apesar da nova roupagem antropológica, continuam repetindo o modelo da educação bancária criticada por Paulo Freire:

A narração de que o educador é o sujeito, conduz os educandos à memorização mecânica do conteúdo narrado. Mais ainda, a narração os transforma em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo educador. Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão.

[...] nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros (Freire, 1979:66).

As práticas de educação em saúde baseadas no repasse de conhecimentos deixam de lado questões importantes. Que parcelas do amplo conhecimento científico acumulado interessam aos setores populares que estão sendo acometidos por determinado problema de saúde? Não seria necessário saber como esses setores constroem seu conhecimento para se chegar a uma seleção dos conhecimentos com os quais se vai trabalhar? Não seria necessário aprender com eles como acontece em detalhes a sua convivência cotidiana com esses problemas para então se perceber que dimensões do conhecimento técnico podem ser úteis? Diante da insuficiência do conhecimento científico para entender a complexidade da vida e propor soluções, não seria necessário valorizar o conhecimento e o saber presentes na cultura popular construído ao longo do processo histórico da humanidade? Diante da diversidade de situações de relacionamento entre os técnicos e a população, que momentos e circunstâncias são propícios ao aprendizado e de que forma os vários conhecimentos são apropriados? O conhecimento da realidade da população é útil apenas quando possibilita encontrar estratégias facilitadoras da transmissão? A questão é simplificar e facilitar a mensagem, ou é buscar a construção de outro conhecimento que é resultado de uma relação entre as duas partes? (Valla, 1993:93).

A saída metodológica que a educação popular propõe para essas questões é buscar subordinar o ato pedagógico ao movimento dos próprios educandos em direção ao “ser mais”, tentando superar as limitações e opressões de suas vidas. Para isso, o educador deve investir na descoberta

e inserção nesse movimento (de busca e de construção) existente na dinâmica social do grupo em que atua.

Educação popular não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e cagando em fossas sépticas. Visa participar do esforço que já fazem hoje todas as categorias de sujeitos subalternos — do índio ao operário do ABC paulista — para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A educação popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político (Brandão, 1982:42).

As práticas de educação popular nos anos 70 e 80 ficaram muito marcadas pelo contexto de sectarismo trazido pela ditadura militar, centrando-se na dimensão de luta política. Superado esse ambiente de sectarismo, é possível pensar uma ampliação da afirmação citada de Carlos Brandão e, utilizando o vocabulário do setor saúde, afirmar que educação popular é a participação de agentes eruditos no esforço de luta pela saúde (entendida de forma ampla) que os vários cidadãos já vêm fazendo. O trabalho político é uma das dimensões dessa luta. O educador é o profissional que usa a palavra e o gesto como instrumentos de trabalho nessa luta travada tanto individual como coletivamente.

A abordagem da desnutrição, multiplicação dos ratos, parasitoses e infecções intestinais e outros problemas de saúde fundada nessa metodologia nos grupos do programa de combate à desnutrição do C. S. Vila Leonina resultou em significativa reorientação do processo pedagógico e da relação entre os profissionais de saúde e a clientela do programa. Mostrando que educação popular não é uma atividade a mais que se desenvolve nos serviços de saúde, mas uma atividade que reorienta a globalidade de suas práticas, foi desencadeada uma série de mudanças na forma de intervenção nesses problemas. A educação popular, uma vez que problematiza e cria espaços de diálogo entre os atores envolvidos, propicia a construção e difusão de um novo conhecimento que, ao mesmo tempo, inova em relação ao conhecimento crítico em saúde e aponta para caminhos institucionais e organizativos mais adequados à superação dos problemas de saúde.

Já está bastante difundido entre os profissionais de saúde um conhecimento crítico que questiona a eficácia de intervenções médicas restritas às dimensões biológicas dos problemas de saúde. Há amplo reconhecimento da importância de mudanças subjetivas, sociais e ambientais para a

superação desses problemas. Têm-se proliferado estudos e publicações que discutem as mudanças sociais e ambientais necessárias. Mas esse conhecimento não tem resultado em mudanças significativas na prática técnica cotidiana dos serviços de saúde. Nos manuais médicos, por exemplo, essa abordagem social e crítica tem assumido caráter preambular que antecede a abordagem técnica que continua inalteradamente guiada para a intervenção no corpo biológico, notadamente por meio de medicamentos e aparelhos. Talvez isso ocorra por ser uma abordagem social e crítica ainda bastante abstrata, sem mediações com a prática clínica concreta. A educação popular e a pesquisa-ação contribuem justamente quando possibilitam a construção de conhecimento de mediação entre as análises estruturais e globais das ciências sociais em saúde e o conhecimento técnico específico ainda tão afastado das reais condições de adoecimento e cura presentes no cotidiano do cidadão.

A respeito da diarreia infantil, muitos livros de pediatria trazem considerações sobre sua correlação com pobreza, má distribuição de renda, precariedade das condições de saneamento a que são submetidas as classes populares e baixa qualidade das escolas frequentadas pelos pais. Mas mesmo nestes livros e manuais, as intervenções preconizadas continuam centradas, quase que exclusivamente, na administração de soluções de reidratação, na utilização ou não de antibióticos e no manejo da alimentação. O conhecimento crítico das determinações sociais e ambientais da diarreia não resulta em condutas operacionais, a não ser difusas recomendações de valorizar ações educativas a respeito da higiene e da conscientização das causas estruturais da diarreia.

Durante uma reunião da Comissão Local de Saúde do C. S. Vila Leonina, foi discutida a morte de uma criança por diarreia. Ela vinha tendo episódios repetidos de diarreia que, apesar de tratados, a tinham deixado debilitada. No último episódio, ela faleceu, apesar de ter sido devidamente medicada. A presidente de uma das associações de moradores locais era vizinha da família dessa criança e a visitara. Tratava-se de família muito pobre, com o pai doente e a mãe trabalhando fora vários dias da semana. A alimentação básica da criança era o leite fornecido na mamadeira. O leite era preparado (com adição de farináceos e açúcar) no início do dia e deixado em uma panela. Após cada mamada, a sobra do leite da mamadeira (contaminado pela regurgitação e contatos com moscas e mãos) era misturado com o restante que estava na panela, que apenas era levemente esquentado na véspera de nova mamada (elevando a temperatura do leite para algo próximo a temperatura ideal de multiplicação bacteriana). Não havia geladeira na casa. Com esse tipo de alimentação, a criança recebia freqüentemente, por via oral, grandes quantidades de bactérias

patogênicas. Ela possivelmente teria sido salva se esses aspectos tivessem sido descobertos a tempo em visitas domiciliares desencadeadas pela repetição anterior dos quadros de diarreia. A “correta” conduta terapêutica (em acordo com os ensinamentos dos manuais mais atualizados) da pediatra que a atendeu não considerou aspectos como esses que não se apresentam como motivo de interesse da pesquisa médica. Uma pesquisa estruturada segundo uma racionalidade científica que vê a realidade como mecanismo composto de peças e partes que precisam ser estudadas separadamente para se alcançar precisão de análise. Assim, o estudo da Vida em sua globalidade foi reduzido à análise detalhada das partes por meio de diferentes disciplinas, cada vez mais distantes umas das outras, pois desenvolvem métodos e linguagens próprios.

A má distribuição de renda, a opressão e a pobreza são causas de diarreia, mas atuam na imposição de condições materiais específicas, condutas e atitudes que variam em cada família e em cada situação social. *Que atitudes são essas? Que condições são essas?* Quais as formas de abordá-las que já se mostraram viáveis?

O conhecimento do mecanismo de reinfecção dessa criança, das condições ambientais de seu domicílio e vizinhança, da forma como sua família cuidava de sua saúde e da dinâmica de divisão de trabalho e de relacionamento afetivo aí existente (algo bastante particular à sua situação específica) é o que está se chamando de conhecimento intermediário entre as análises mais gerais das ciências sociais e o conhecimento técnico sobre a diarreia. Diante da complexidade e heterogeneidade das classes populares, só se tem acesso a esses aspectos particulares da clientela pesquisando localmente. Os conhecimentos das ciências sociais, epidemiologia, microbiologia, fisiologia e clínica médica são fundamentais, mas insuficientes porque parciais. São conhecimentos com grande dificuldade de integração entre si porque se estruturaram fundados em disciplinas voltadas para o estudo dimensões específicas da realidade segundo métodos e linguagens bastante próprios. Para se conhecer as múltiplas formas particulares como as condições econômicas, políticas e culturais gerais se interagem e combinam com as condições ambientais e os agentes etiológicos para resultarem em determinado problema de saúde é preciso um processo de pesquisa que integre esses diferentes conhecimentos com os dados da realidade local e os saberes dos sujeitos envolvidos. Os serviços de saúde atuam neste nível mais particular e concreto da vida humana em que os discursos fechados das diferentes disciplinas se mostram tão insuficientes. Aí, a urgência do sofrimento presente nos problemas de saúde denuncia a todo momento essa insuficiência a quem é sensível para perceber os olhares, gestos e gemidos demandando alívio global.

Na abordagem clínica e educativa de pacientes com condições culturais e econômicas semelhantes às dos profissionais de saúde, essa insuficiência do conhecimento social e médico não é tão gritante porque as particularidades da clientela são intuitivamente entendidas pelo profissional em razão da similaridade com sua própria vida. Nesse contexto de proximidade, a cultura do profissional, seu conhecimento não profissional sobre a vida e sua intuição são elementos válidos para articular análises e condutas que adaptam o que é preconizado pela tradição científica de sua especialidade às diversas situações concretas que enfrenta. Ao mesmo tempo, as afirmações e recomendações dos profissionais de saúde são mais bem entendidas e contextualizadas por essa clientela com condições sociais e culturais semelhantes.

Na rotina de trabalho apressada de um serviço de saúde destinado às classes populares, em que a infra-estrutura disponível quase sempre é menor do que a demanda, é difícil esperar o envolvimento de seus profissionais em pesquisas mais amplas. O método da educação popular é uma estratégia de intervenção (e portanto mais assimilável à cultura interventionista do setor saúde) que prioriza a criação de espaços de diálogo em que problemas específicos são debatidos de uma forma que valoriza a explicitação e incorporação dos saberes e reflexões dos cidadãos envolvidos. É, portanto, uma metodologia de construção de espaços de articulação e de troca entre os diversos saberes especializados, fragmentados e insuficientes dos profissionais e usuários envolvidos no problema. Possibilita aos serviços de saúde a construção de conhecimentos e práticas mediadores entre a abordagem restrita ao biológico e a mais abstrata e genérica, das ciências sociais. Possibilita ainda às famílias e aos grupos populares aquisição de conhecimentos técnicos necessários à maior eficiência de suas lutas por melhores condições de saúde.

Não basta criticar os serviços de saúde por não abordarem dimensões coletivas dos problemas de saúde. É preciso construir conhecimentos operacionalizáveis que permitam fazê-lo. Na urgência dos problemas que chegam, um atrás do outro, o profissional é cobrado a instituir técnicas que já se mostraram operacionalizáveis e com eficiência demonstrada, ainda que esteja consciente de seu caráter restrito e limitado. Ele acaba simplesmente reproduzindo o modelo de análise da situação e de organização da conduta terapêutica dominante na tradição científica da especialidade em que foi formado, fechando ouvidos às manifestações de insatisfação que não sabe como elaborar. O processo vivenciado nesta pesquisa mostrou a potencialidade da metodologia da pesquisa-ação no delineamento de novas formas de intervenção coletiva operacionalizáveis nos serviços de saúde. O acompanhamento diferenciado às famílias

em situação de risco, o apoio ao saneamento da Vila Pantanal integrado às iniciativas de suas famílias e organizações e a construção coletiva das propostas para o enfrentamento do problema do lixo no Aglomerado Morro das Pedras são alguns exemplos.

A pesquisa-ação é uma metodologia de construção de novos caminhos de intervenção coletiva diferente do caminho habitualmente utilizado de acionamento de assessorias especializadas. Em vez de uma seqüência de consultorias, os vários atores técnicos e populares envolvidos buscaram debruçar-se, em conjunto, sobre os problemas de saúde que enfrentavam, numa relação que procurava orientar-se pelo diálogo (Valla, 1993:99) e em que os espaços educativos significavam também momentos de compartilhamento das descobertas e de síntese. Assessorias de especialistas externos ao serviço, se não estão engajadas nesse movimento de pesquisa participativa dos problemas sanitários locais, resultam em conhecimentos e práticas desvinculados do contexto e das particularidades da região e dos atores profissionais e populares envolvidos.

Esse processo participativo, apesar de demorado e extremamente exigente de investimento profissional, mostrou ser vantajoso, pois gera não apenas novos conhecimentos, mas os difunde e também desenvolve novas formas de organização institucional e de relacionamento com os grupos populares. Assim, as visitas às famílias com desnutridos para melhor entendimento de sua dinâmica interna já foi gestando também o programa de acompanhamento das famílias de risco. Foi resultando também em aprendizado de vários profissionais e membros da Comissão Local de Saúde e dos grupos do programa de combate à desnutrição sobre as raízes e estratégias de enfrentamento das conseqüências e causas da desnutrição.

O processo de pesquisa-ação gerou não apenas novos conhecimentos, mas constituiu novos instrumentos de intervenção terapêutica em que a abordagem coletiva era priorizada. Tais instrumentos de intervenção foram gestados já em acordo com os interesses e peculiaridades dos atores locais. Resultou ainda na constituição de novos agentes terapêuticos (profissionais ou não) e na reciclagem e fortalecimento de outros.

Nessa perspectiva de pesquisa e ação orientada pelo método da educação popular, os entraves institucionais, as oposições políticas, as deficiências de formação técnica, as intrigas, os fracassos, as resistências e os conflitos são encarados como manifestações de outras lógicas e outros interesses ou de dimensões da realidade que não estavam antes sendo levadas em conta. Em vez do enfrentamento direto e pessoal dessas dificuldades, o educador deve procurar trazê-las para o espaço de debates, buscando estudar, traduzir e explicitar os interesses, razões e significados

simbólicos que se escondem por trás de suas manifestações. À medida que também se investe para que os atores mais subalternos estejam fortemente presentes nesses espaços educativos e de negociação, o enfrentamento das dificuldades será algo compartilhado. Os novos conhecimentos e práticas, sendo construção coletiva, são enriquecidos pela diversidade dos participantes e refletem a negociação e o poder dos vários atores envolvidos.

A busca da saúde, nessa perspectiva, transforma-se num jogo em que o tabuleiro não é mais o serviço de saúde, mas a sociedade civil. Nesse jogo, os constrangimentos institucionais, a subordinação política, a carência de recursos e as limitações do conhecimento científico continuam a participar como personagens importantes que, no entanto, não conseguem segurar e imobilizar com suas mãos a fluidez das palavras, idéias e solidariedades a se intercombinarem, gerando práticas e saberes imprevisíveis. Assim, o trabalho em saúde adquire sentidos e simbolismos que tornam seu cotidiano colorido e carregado de surpresas e mistérios, ajudando a enfrentar a desgastante convivência com a dor, a morte e o descaso político.

#### **4.6.1 Doença e miséria. O cuidado de famílias em situação de risco como estratégia de enfrentamento da exclusão social**

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma significativa diminuição da importância das doenças infecciosas como causa de morte e sofrimento para amplo setor das classes populares. No Aglomerado Morro das Pedras percebeu-se, no entanto, a existência de ampla heterogeneidade na situação de diferentes famílias em relação ao impacto causados por tais agravos. Para muitas famílias, as doenças infecciosas e parasitárias corriqueiras, mesmo sendo freqüentes por causa das condições ambientais e humanas favorecedoras do contágio, são logo tratadas e normalmente não chegam a causar repercussões mais profundas na saúde de seus membros, manifestando-se por quadros leves e transitórios. Para outras famílias, no entanto, essas doenças estão sempre presentes, em grande número, entre seus membros, resultando em intensa espoliação do organismo e na presença de manifestações clínicas exuberantes. Só são tratadas quando assumem dimensões mais graves. Tal situação acontece em famílias vivendo contextos de crise por desemprego, doenças dos pais, dependência de drogas, atritos conjugais, presença de grande número de filhos pequenos, migração recente, envolvimento com atividades ilícitas perseguidas pela polícia, etc. Entre esses dois tipos polares, havia famílias em situação intermediária.



Estudos epidemiológicos (Mendonça, 1995) têm demonstrado como a maioria das mortes em crianças por doenças infecciosas acontecem em famílias vivendo situações especiais de risco. Assim, a atenção diferenciada a essas famílias pode ter significativo impacto na redução da mortalidade infantil. Ao mesmo tempo, repetidos relatos colhidos nesta pesquisa indicam que tais famílias vivendo situações de crise e com membros intensamente acometidos por doenças infecciosas e parasitárias corriqueiras representam fontes importantes de irradiação e contágio para o restante das famílias. É possível então sugerir que o acompanhamento diferenciado a elas possa ter importante impacto na frequência e intensidade de acometimento de muitas doenças infecciosas e parasitárias na população como um todo.

No processo de acompanhamento a famílias em situação de crise iniciado no Aglomerado Morro das Pedras durante a pesquisa, verificou-se que as frequentes e intensas manifestações de doenças infecciosas e parasitárias em suas crianças eram conseqüência de problemas mais profundos na vida familiar. Assim, o encontro de manifestações intensas de patologias facilmente tratáveis com os recursos médicos atuais passou a ser utilizado como indicador de situação familiar necessitando de maior acompanhamento. Percebeu-se que a simples prescrição de medicamentos para essas patologias, sem continuado cuidado e acompanhamento familiar, tinha poucas repercussões na situação de saúde das crianças. Constatou-se ainda que o atendimento dos serviços de saúde com base na demanda espontânea termina por marginalizar esse tipo de família, uma vez que seus responsáveis têm dificuldade de competir nas filas e no cumprimento dos prazos e prescrições para conseguir acesso ao atendimento necessário.

A complexidade evidenciada por trás de infecções aparentemente tão simples nos membros dessas famílias questiona profundamente a racionalidade médica hegemônica. Esta funciona segundo um modelo racionalista que busca definir e explicar o problema (a doença) para perseguir solução racional tendencialmente ótima (a cura). A terapia não é tanto uma relação de cuidado e atenção do médico ao paciente, mas um processo de abordagem organizado (com teorias, normas e intervenções padronizadas) que busca definir com precisão um diagnóstico para chegar ao prognóstico e a cura. Mas a situação de miséria social, em que as múltiplas doenças infecciosas e parasitárias são apenas um dos sintomas, delimitam problemas familiares concretos (marcados pelo alcoolismo, violência conjugal, negligência, imundície, doença mental, desespero, delinqüência, conformismo ou deficiência física) que de tão complexas não se consegue entender com profundidade e precisão, sendo portanto bas-

tante “não conhecíveis” e incuráveis. Apesar dos enormes esforços para dar-lhes definição racional, ampliando e tornando mais complexo o quadro de causas mediante as contribuições das pesquisas em psiquiatria social, epidemiologia, antropologia, sociologia, nutrição e ciências políticas, tais problemas continuam mostrando-se amplamente indefinidos. Apesar dos avanços das psicoterapias, da farmacologia, das técnicas de saneamento ambiental, das dinâmicas educativas, das técnicas de medicina preventiva e mobilização comunitária, a cronicidade dessas situações-problema perdura ostensivamente no contexto de uma sociedade industrializada, moderna e injusta. Cronicidade que é o sinal mais evidente da impotência da medicina em alcançar a solução-cura das doenças infecciosas e parasitárias em famílias subjugadas pela miséria.

Diante da legitimidade do sistema de saúde, conseguida em grande parte por sua aparência racional, esses sujeitos repetidamente infectados e espoliados envergonham-se e se afastam depois de cansarem de procurar e serem encaminhados para diferentes profissionais, sem obter a almejada cura. Nesse sistema funcionando com base na racionalidade problema-solução, a solução disponível acaba amoldando a forma como o problema é definido e classificado. Os serviços passam a selecionar os problemas com base na sua própria competência. Ao restante, é como se dissessem: “o problema não é nosso”.

Nesse contexto, os programas de combate à desnutrição acabam assumindo papel de descarga das crianças cujos repetidos problemas de saúde não são resolvidos integralmente pelo sistema de saúde e, assim, vão tendo o corpo degradado progressivamente. Juntamente com os serviços de psiquiatria, as classes especiais de crianças-problema de algumas escolas, os reformatórios e as delegacias de polícia, que também recebem os mais fragilizados pela miséria social, eles vão administrando o que sobra desse sistema de assistência social que classifica como incoerente e insolúvel o que não se enquadra nas soluções que é capaz de oferecer.

Reconhecer a impossibilidade de conhecer e classificar com precisão essas situações familiares extremas e construir uma solução para sua cura não significa, absolutamente, renunciar a tratar e a cuidar delas. Possibilita, pelo contrário, mudança de ótica profunda e duradoura que atinge o conjunto das políticas sociais que atuam com os miseráveis. Essas constatações ganharam repercussão internacional no setor saúde a partir da experiência italiana de reforma psiquiátrica (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990:22-33).

Os problemas das famílias em situação de alto risco do Aglomerado Morro das Pedras eram muito profundos e complexos para serem curados, mas não para serem cuidados. Cuidando de forma sistemática e per-

sistente de problemas específicos, dimensões mais gerais desses problemas iam manifestando-se e quase sempre tínhamos alguma contribuição a oferecer. Nesse cuidado, cuja metodologia foi anteriormente discutida, ocorria progressivamente aproximação entre a equipe de saúde e a família, que ampliava as possibilidades de ação educativa voltada para a valorização do potencial de criatividade e liberdade de seus membros.

Se não se pode conhecer e classificar com precisão a multiplicidade de situações-problema impostas às famílias mais vulneráveis pela miséria social, isso não quer dizer que não se possa buscar entendimentos parciais que orientem os cuidados a serem prestados. Nesse sentido, uma atitude problematizadora na ação educativa e o desenvolvimento de pesquisas participativas podem esclarecer aspectos importantes.

O intenso acometimento por doenças infecciosas e parasitárias corriqueiras em alguns indivíduos pode, portanto, ser a manifestação de situações familiares de risco que necessitam de atenção orientada por uma racionalidade diferente da que domina o atendimento médico nos serviços de saúde. Esses pacientes necessitam não tanto de atendimento voltado para classificar, diagnosticar e tratar suas patologias específicas, mas de atenção diferenciada e continuada para sua família como um todo. São famílias que, subjugadas pela miséria, tornaram-se extremamente vulneráveis pela combinação de diferentes particularidades de caráter social e pessoal, mostrando-se incapazes de tomar a iniciativa de instituir e articular o cuidado pleno de seus membros. O direito de cidadania desses membros incapazes de iniciativas próprias (notadamente crianças, idosos e portadores de doenças incapacitantes) não pode ficar dependente de pais e parentes que estão vivendo situações de crise. É necessário que os serviços sociais, e também os de saúde, intervenham nessas famílias, responsabilizando-se pela dinamização da atenção a seus membros enquanto durar a situação de crise familiar. A identificação e o cuidado sistemático de tais famílias em situação de risco podem levar a importante impacto no controle da mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e parasitárias (e outras patologias) em uma comunidade, elevando a eficácia dos serviços de saúde de forma pouco onerosa.

É, portanto, fundamental a ampliação e aperfeiçoamento do Programa de Saúde da Família em adoção no Brasil desde 1994. A atenção diferenciada a famílias vivendo situações especiais de risco não é uma estratégia sanitária apropriada apenas para regiões carentes que ainda não conseguiram desenvolver serviços médicos especiais, como querem acreditar muitos sanitaristas (Misoczky, 1994), mas uma estratégia de aprofundamento da qualidade dos serviços diante da complexidade das situações de exclusão social tão fortemente presentes até mesmo nas regiões mais

industrializadas e modernas da sociedade capitalista contemporânea. A necessidade de sociedade e Estado se responsabilizarem por essas famílias correlaciona-se com o reconhecimento social do caráter excludente e perverso do atual modelo de desenvolvimento econômico.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa reforçam a ênfase que organismos internacionais como o Unicef e a OMS vêm dispensando à priorização da abordagem familiar (sobretudo àquelas em situação mais vulnerável) na reorientação das políticas sociais (Maurás & Kayayan, 1994:9).

#### **4.6.2 O enfrentamento das doenças entre a crise do Estado de Bem-Estar Social e o neoliberalismo**

A abordagem das doenças infecciosas e parasitárias das classes populares tem estado centrada na ação de serviços de saúde estatais sobre as diferentes etapas da história natural desses agravos. Nesta pesquisa-ação, a ênfase foi não tanto o atendimento médico e sanitário dos problemas locais, mas a busca do fortalecimento das iniciativas das pessoas e dos grupos sociais. Educação popular em saúde como metodologia voltada para fortalecimento dos atores sociais (populares e profissionais) envolvidos na luta pela saúde.

A valorização das iniciativas pessoais e grupais no enfrentamento dos problemas sociais tem sido, muitas vezes, identificada como parte do projeto neoliberal de reforma da sociedade. Valorizar as iniciativas pessoais e grupais seria uma estratégia de desobrigar o Estado de sua responsabilidade pela solução dos problemas sociais. De fato, para a nova direita liberal internacional, a intervenção estatal centralizada é incapaz de dar conta da diversidade da sociedade e por isso é ineficiente. Na sua ótica, a saída está na valorização das iniciativas individuais e empresariais reguladas principalmente pelo mercado. O Estado seria necessário apenas como instrumento de garantia de que cada pessoa e cada empresa vivam plenamente sua vida privada. O Estado moderno teria extrapolado essa função, ameaçando asfixiar a dinâmica social pela criação de monopólios, protecionismos e ineficiências. Necessária, portanto, ter sua ação regulada e restringida. Para isso, além de reduzir os gastos públicos, privatizar e diminuir os impostos, seria necessário tornar as políticas sociais mais seletivas, isto é, destinadas apenas aos setores sociais mais carentes (Taylor-Gooby, 1991).

Vários autores (Vacca, 1991) têm chamado atenção para os interesses políticos e econômicos subjacentes ao projeto neoliberal, no sentido de se tratar de luta pela redistribuição do poder e da renda, com vantagem para os mais fortes. Aproveita-se dos problemas que o processo de ampliação

do Estado neste século acarretou (a ineficiência, a burocratização e a falta de pluralismo) para se alardear que a única saída para a crise é menos Estado e mais mercado. A esquerda fica imobilizada por sua tradicional identificação (que se tornou insustentável) entre o que é estatal e o que é de interesse público. Mas a fórmula “menos Estado e mais mercado” significa, no atual contexto, mais recursos para as empresas privadas, maior dependência nacional para com os núcleos fortes da economia mundial e desamparo dos setores sociais subalternos.

Reforçando a desconfiança em relação à valorização das iniciativas pessoais e grupais no enfrentamento dos problemas sociais, colaborou ainda a tradição do pensamento de esquerda no Brasil que, influenciando muitos profissionais da área de saúde coletiva, vem enfatizando as estratégias de conquista do poder político nas instituições estatais e se desinteressando pela relação com a sociedade civil.<sup>14</sup> Para essa esquerda tradicional do setor saúde, os sujeitos subalternos estariam alienados pela dominação e pela forma capitalista de organização da produção. Assim, não teria sentido investir na criação de espaços de manifestação dos meandros subjetivos dos subalternos que estariam marcados pela incoerência e alienação. Uma vez que se busca o fortalecimento e a unidade da classe operária, a valorização da manifestação das diferenças entre os diversos grupos sociais soa como algo contra-revolucionário. Foi preciso a emergência surpreendente dos novos movimentos sociais e sindicais a partir do final dos anos 70 para que se passasse a questionar a insuficiência do conceito de classe social para explicar a dinâmica da sociedade civil.

A polarização entre a defesa do privado e a do estatal tem resultado em tomada de posição defensiva e intransigente da iniciativa estatal plena por profissionais de saúde que se declaram politicamente a favor da expansão da cidadania. Esses profissionais têm centrado sua ação no âmbito do jogo político e institucional nos serviços estatais de saúde em detrimento do investimento na dinâmica da sociedade civil, refletindo certa descrença na força de os diversos atores sociais transformarem as estruturas de poder de forma progressista. Giovanni Berlinguer, um dos líderes da reforma sanitária italiana, afirmou já em 1988 quando visitava o Brasil:

Não quero criticar os amigos, mas a implantação do SUDS e toda a luta necessária na Constituinte podem ter levado a uma preocupação muito institucional, com risco de subestimar os problemas reais de

---

<sup>14</sup> Palestra de Marilena Chauí em 14 de agosto de 1993 na Escola Sindical, em Belo Horizonte.

saúde. Como provocação, sugiro avaliarem quantas páginas das publicações de saúde falavam, neste período, de regulamentações, legislações e instituições (Fundação Oswaldo Cruz, 1989).

Entre gestores das políticas de saúde, constituiu-se uma crença de que, se ainda há ignorância, miséria, doença e dor, é porque a nova ordem, o Estado Moderno, ainda não chegou, ou porque as elites tradicionais ainda controlam os aparelhos de Estado, o poder, a cultura, o saber sistematizado e as instituições de saúde. Percebem a democracia como resposta eficiente do Estado ao direito dos cidadãos. Assim, o ideal de democracia e cidadania entre esses gestores e técnicos seria aquele em que os direitos fossem atendidos com os cidadãos participando apenas o suficiente para colaborar secundariamente com as intervenções racionalizadoras do Estado moderno (Arroyo, 1987:74-8).

A crise das experiências socialistas e as intensas dificuldades que marcaram as social-democracias a partir dos anos 80 evidenciaram, no entanto, a inviabilidade de a máquina estatal prover de forma plena e democrática as necessidades sociais mediante produção maciça de serviços.

A necessidade de criação de alternativas para a atual crise política passa por todos os setores da vida social, e também pelas políticas de saúde. As estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde estão subordinadas ao quadro político mais amplo. Para Vacca (1991), a alternativa progressista para a crise do Estado do Bem-Estar Social exige não a redução da intervenção da ação estatal, mas sua reorientação. Seria necessário dirigir a ação estatal para setores nos quais se alcance maior repercussão e buscar uma descentralização administrativa com maior participação da população de forma que possibilite a emergência de ações integradas na diversidade de situações locais e na criatividade dos grupos sociais, assim como maior subordinação aos interesses e às necessidades locais. Para isso seria necessário superar a associação linear usualmente estabelecida entre o que é privado e o que é mercantil, bem como entre o estatal e o interesse público, buscando integração entre as ações estatais e as iniciativas privadas de interesse coletivo.

Nessa perspectiva, é preciso integrar-se, incentivar e contar com a imprevisível iniciativa da sociedade civil na solução dos problemas de saúde, não como estratégia de restringir a ação do Estado e ampliar o poder regulador do mercado sobre a vida, mas como estratégia de democratização pela subordinação da ação da burocracia estatal aos interesses e ritmos da população, tornando-a mais eficiente. É preciso valorizar as iniciativas privadas orientadas, não pela lógica do mercado, mas pela solidariedade. Incentivar a iniciativa dos diversos grupos sociais no enfrentamento dos

problemas de saúde, não porque é mais barato e economiza recursos orçamentários (de forma que permita ao Estado investir maiores recursos na expansão da infra-estrutura necessária ao crescimento das empresas), mas quando for melhor para a população. Tirar o Estado do centro da luta contra as doenças, não como estratégia de despolitização e esvaziamento do empenho reivindicativo da população, mas para superar a pretensão reguladora e normatizadora da ação médica e sanitária das instituições sobre a dinâmica da vida social. Articular os serviços públicos com as redes locais de solidariedade social não para negar a responsabilidade do Estado, mas como reconhecimento do limite estrutural da ação estatal. A complexidade dos problemas de saúde exige participação de diferentes atores que não cabem na realidade burocratizada do Estado. Buscar não um Estado mínimo como defende o neoliberalismo, nem uma ampla máquina estatal unitária capaz de prover as necessidades sociais pela produção maciça de serviços e produtos, mas um Estado que intervenha de forma alargada<sup>15</sup> nos problemas sociais pela articulação com os diversos atores da sociedade civil.

A ênfase em atividades educativas e apoios materiais que resultem em efeitos emocionais e comportamentais nos indivíduos, grupos sociais e organizações para se tornarem mais solidários e ativos no controle de seus próprios destinos é, portanto, uma estratégia de democracia e de terapia sanitária. A atividade social de apoio e solidariedade contribui na constituição de uma sensação de coerência de vida e de controle sobre ela que afeta o estado de saúde das pessoas envolvidas no processo. O apoio social aumenta a capacidade de as pessoas lidarem com o estresse.<sup>16</sup> Cassel (1974) afirma que as regiões de alta densidade populacional aumentam a suscetibilidade às doenças entre seus habitantes, uma vez que resultam em relações humanas desordenadas. A percepção de não poder controlar a própria vida juntamente com a sensação de isolamento estão relacionadas com o processo de adoecimento. O apoio solidário entre pessoas, grupos e organizações locais influem benéficamente para proporcionar fatores de proteção contra o aparecimento e intensificação

---

<sup>15</sup> O termo *alargado* é apropriado no sentido de se referir a uma ampliação em determinada direção e não em todas as direções.

<sup>16</sup> Valla, Victor Vicent. *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização da economia*. Trabalho não publicado apresentado no Grupo de Trabalho de Educação Popular da XIX Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, Caxambu, 22-26 de setembro de 1996.

de doenças. O cuidado da saúde é atividade essencialmente familiar e grupal.

Entendendo-se a saúde como relação integrada entre corpo, mente e ambiente, pode-se afirmar que a constituição de sujeitos sociais ativamente envolvidos no controle de sua própria vida já é parte do processo de conquista da saúde e combate às infecções. Não é a crise econômica e política trazida pelo processo de globalização da economia e pela dificuldade dos projetos de intervenção estatal ampliada na sociedade que apontam para a importância das propostas de valorização e incentivo das formas de solidariedade e apoio mútuo entre as classes populares, pois tais práticas já são desenvolvidas e valorizadas por elas há muito tempo (Wong Un, 1996). Talvez o papel da crise das políticas sociais seja chamar a atenção dos técnicos e intelectuais, que as vêm pensando e implementando, para a prepotência dos projetos anteriores voltados para controlar amplamente o processo de adoecimento e cura centrados em intervenções institucionais planejadas e programadas segundo o instrumental científico, sem considerar a subjetividade e as particularidades dos indivíduos e grupos envolvidos, como se a vida social fosse um tabuleiro de xadrez cujas peças pudessem ser manobradas segundo as estratégias dos jogadores gestores (Campos, 1994).

Para Singer,<sup>17</sup> a maior mudança ocorrida no planeta na segunda metade do século XX foi a expansão da democracia política nos vários continentes, tornando-se fenômeno mundial. Mesmo nos países desenvolvidos, a democracia política só se consolidou após a segunda guerra mundial. O voto feminino na Suíça, por exemplo, só foi conquistado nos anos 40. Na consolidação da democracia política na América Latina na década de 80 e em especial no Brasil, as lutas pela saúde dos movimentos populares e do movimento sanitário tiveram papel significativo. Os problemas de saúde geraram grandes mobilizações populares e profissionais em que o tema da democracia estava usualmente presente. Nesses movimentos constituídos a partir da década de 70, a metodologia da educação popular foi importante elemento norteador de suas dinâmicas internas.

Com o fim da ditadura militar brasileira, o movimento de profissionais envolvidos no processo de democratização dos serviços de saúde deslocou a atenção para a institucionalização do modelo de reforma do sistema de saúde, seja mediante a criação de uma estrutura institucional e buro-

---

<sup>17</sup> Palestra de Paul Singer “O reordenamento político e econômico mundial e as novas funções da educação” durante a III Conferência Brasileira de Educação, em São Paulo, 4 de setembro de 1991.

crática que lhe desse suporte, seja mediante a criação do conjunto de leis que culminaram na definição do Sistema Único de Saúde na Constituição de 1988 e em leis e normas operacionais complementares. Essa estrutura institucional e legal construída foi sendo, no entanto, subvertida pela dinâmica clientelista, corporativa e de exclusão social da sociedade brasileira. Foi crescendo, então, a percepção da insuficiência do aparato de leis e instituições administrativas para garantir a generalização do direito à saúde. Se a democracia também se sustenta em uma institucionalidade construída por meio de leis e estruturas administrativas, muito mais importantes são os pactos entre os diversos atores sociais consolidados por meio de construções culturais e arranjos materiais num processo de organização, luta, negociação e solidariedade ao longo da história. É nesse sentido que Teixeira (1995:257) afirma que, nos anos 90, o movimento da Reforma Sanitária precisa, sem abandonar a institucionalidade construída, retomar as origens da luta pela democracia e pelo direito igualitário à saúde investindo prioritariamente na relação com a sociedade civil, envolvendo-se em sua dinâmica de conflitos e solidariedades.

O método da educação popular mostrou ser, nesta pesquisa, bastante útil como instrumento de reorientação das ações de saúde numa perspectiva de integração à dinâmica de vida das populações. Ele não é apenas um estilo de comunicação, ensino, aprendizagem e reflexão, mas também de gestão de campos específicos da atuação humana, entre os quais, as práticas de saúde (Coraggio, 1994:100). Uma vez que auxilia a integração das práticas de saúde na dinâmica social e contribui para que os cidadãos, as comunidades e suas organizações se mobilizem como atores em conflito, fortaleçam suas identidades, construam soluções e produzam inovações no modo de funcionamento das estruturas institucionais, o método da educação popular significa um instrumental importante no delineamento de novos caminhos para as políticas de saúde nesta época marcada pela crise do Estado de Bem-Estar Social e afirmação do neoliberalismo. Busca, portanto, muito mais do que uma ajuda mais eficaz aos pobres por lhes possibilitar a incorporação de hábitos e conhecimentos para melhor enfrentamento de seus males, mas a construção de uma nação mais saudável, criativa e organizada pela incorporação da vivacidade e saberes dos amplos setores sociais hoje excluídos do diálogo político e sanitário.

Quando possibilita o fortalecimento do diálogo e da negociação nas práticas sociais em pequenas localidades e subsetores das instituições e organizações civis, pode ser instrumento importante de radicalização do processo de democratização política que marcou a humanidade na segunda metade do século XX, ajudando a superar os limites dos mecanismos



representativos da democracia formal e, até mesmo, dos instrumentos de negociação existentes nas diversas instâncias de conselhos gestores das políticas sociais como é o caso dos conselhos de saúde de nível local, municipal, estadual e nacional. A educação popular, ao investir na ampliação dos canais de interação cultural, negociação de interesses, troca de saberes, intercâmbio de sentimentos e explicitação de significados simbólicos presentes na relação entre os diferentes atores envolvidos nos problemas de saúde, contribui para que o conflito, elemento central da democracia, resulte em soluções mais elaboradas e apropriadas. Soluções que, encontradas, geram novas questões e novos embates. Busca-se superar, assim, a descrença na possibilidade do convívio solidário e justo entre os diferentes grupos sociais e a ameaça de desagregação, tão presentes nesta época de pós-modernidade. Busca-se superar, ainda, a ética individualista que legitima a procura de cada um tentar levar vantagem pessoal nas diversas relações que mantém. Contribui para que o processo de democratização da sociedade avance no nível da microcapilaridade da dinâmica da saúde e de adoecimento nas famílias, comunidades e instituições, indo além da concepção de Reforma Sanitária hegemônica no Movimento Sanitário voltada essencialmente para a mudança institucional do sistema de atenção à saúde. Aponta para uma Reforma Sanitária sustentada na renovação de padrões socioculturais e sociopsíquicos do cotidiano dos cidadãos e dos profissionais de saúde.





## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

**P**ARTINDO DA CONSTATAÇÃO DA EXISTÊNCIA de um fosso cultural entre os profissionais e os serviços de saúde de um lado e a população do outro, esta pesquisa buscou precisar uma metodologia de aproximação, inserção e relação educativa com a comunidade que possibilitasse a criação de práticas de saúde apropriadas às circunstâncias locais e valorizasse e respeitasse a iniciativa dos atores envolvidos, neste contexto histórico de democracia e pós-modernidade. A ênfase do estudo não foi tanto a caracterização das peculiaridades da dinâmica social em torno dos problemas de saúde aí abordados, que são bastante próprias da realidade do Aglomerado Morro das Pedras no período da pesquisa, mas as dificuldades, potencialidades e estratégias da proposta de relação entre técnicos e população inspirada na metodologia da educação popular.

A aplicação e estudo da metodologia da educação popular num campo específico de intervenção institucional, comunitária e familiar, como é o caso do enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias, ganha sentido mais amplo no atual contexto de construção da democracia na América Latina, em que muitos buscam superar a separação entre a dinâmica de vida nas comunidades e na sociedade e o funcionamento das instituições públicas. Os caminhos da integração entre o formal e o informal estão sendo delineados, em grande parte, com base em experiências setorializadas. Como foi constatado na pesquisa, em práticas mais localizadas se torna mais clara a visualização de indicativos de solução dos gigantescos problemas sociais que marcam as classes populares, uma vez que se percebe suas sutis diferenciações e heterogeneidades, questionando-se, assim, a tradição de análise generalizante e estrutural predominante na sociologia médica. Dessa forma, tornam-se mais evidentes os pontos prioritários de atuação, contanto que se tome a precaução de não reduzir a abordagem desses problemas globais somente a ações localizadas.

Reverendo os resultados desse processo de pesquisa-ação, surpreendo-me com a dimensão dos novos conhecimentos construídos em direção aos objetivos propostos inicialmente. Mas ficou nítida a insuficiência desses conhecimentos quando fui obrigado a me distanciar da região em razão do término do tempo disponível para a pesquisa. Nos últimos retornos à região, dimensões novas e importantes daquela realidade ainda se manifestavam, demandando novas explicações. Continuava sendo local de manifestação dos mistérios do processo de adoecimento e cura no meio popular, da dinâmica da ação estatal sobre a saúde da população, do entrelaçamento dos interesses corporativos das diversas categorias profissionais, de manifestação dos limites históricos do conhecimento científico, etc.

O contínuo processo de mudança daquela realidade faz com que muitas das considerações da pesquisa já soem parcialmente desatualizadas, como se se referissem a um passado longínquo. Mas no turbilhão de novos fatos e problemas há, no entanto, continuidades. Continuidade de permanências e mudanças. Assim como num trecho de rio de correnteza forte, onde a cada momento diferentes porções de água, areia e cascalho aparecem e são substituídas sem descaracterizar a sua identidade, também na relação entre o C. S. Vila Leonina e o Aglomerado Morro das Pedras existe uma identidade que continua, apesar do turbilhão de novos profissionais, estagiários, lideranças populares, conflitos, portarias reorientadoras de atividades, casos inusitados de doença, etc. Acredito que alguns elementos dessa identidade foram captados na pesquisa.

Naquele ambiente marcado pela exclusão dos mais subalternos e no qual os vários atores se encontram e interagem freqüentemente como estranhos, sem se compreenderem, a intervenção orientada pela metodologia da educação popular mostrou ser bastante útil na construção de novos conhecimentos e práticas solidárias de saúde que avançaram em direção à superação do descaso com os problemas de saúde dos pobres urbanos. Criou-se ambiente de maior aproximação cultural entre vários profissionais de saúde e a população local. Mas uma aproximação parcial. Dez meses após ter iniciado a pesquisa, programei visitar, num fim de semana, uma família que vinha acompanhando. O domingo passou e eu não consegui visitá-los. Descobri, então, o tamanho do medo que ainda tinha da favela. Era dia de jogo entre os dois maiores times de futebol de Minas Gerais, Cruzeiro e Atlético. Imaginava que os ânimos dos torcedores locais estariam exaltados. A aproximação construída durante todo o processo de pesquisa era ainda muito limitada.

O esforço humano de construção do diálogo entre os diferentes personagens e grupos envolvidos nos problemas de saúde não é garantia de sucesso. O diálogo é falível; é uma realização humana parcial e provisó-

ria; não é nem garantido pela existência de boas intenções nem tampouco impedido pela existência de sérias diferenças. Contudo, mesmo tentativas fracassadas de diálogo entre as diferenças podem ensinar-nos algo: que a persistência não resolve todos os conflitos, que alguns problemas não são solucionáveis, mas apenas administráveis, e que certo nível de mistério e perplexidade acompanha todos os esforços de compreensão humana. Dar-se conta desses elementos fortalece em nós uma saudável modéstia quanto às possibilidades e aos limites de nossos esforços comunicativos (Burbules & Rice, 1993).

As características da cultura pós-moderna, tais como a ênfase na pluralidade do mundo e na diversidade profunda existente entre as pessoas e grupos sociais, bem como a desconfiança de que os discursos que buscam acordo e explicação consensual entre as diferenças acabam, freqüentemente, em imposição de valores e crenças do grupo dominante sobre outros grupos, estão gerando grande descaso com as iniciativas de integração social pela pressuposição da impossibilidade de comunicação profunda entre os diferentes grupos sociais. Nesse ambiente de individualismo e desencanto, a educação popular insiste, ao mesmo tempo, na linguagem da esperança (ou da possibilidade) e da crítica (McLaren, 1987:6) para desconstruir a imagem predominante dos subalternos como casos individuais de patologia numa sociedade sã (Freire, 1978:69). A possibilidade de superação da desagregação e exclusão sociais não está garantida. Depende de uma construção política e cultural contínua. Se não houver trabalho intenso nesse sentido, os argumentos pós-modernos sobre a impossibilidade de diálogo correm risco de se tornarem verdadeiros. Apesar de a liberdade humana estar fortemente condicionada pela organização econômica, política e pelo universo de valores dominantes na sociedade, persiste um espaço de indignação e “busca de ser mais”, nos vários atores presentes no campo de luta pela saúde, que pode ser ampliado pela ação pedagógica, baseada no diálogo de profissionais e de movimentos sociais. O diálogo possibilita a ampliação da identidade desses atores (de flexibilidade, autonomia e estabilidade), da compreensão dos outros (e por meio disso da compreensão de si mesmo e da sociedade) e de habilidades comunicativas e canais institucionais de negociação mais sustentáveis (Burbules & Rice, 1993).

As iniciativas educativas desencadeadas na pesquisa, apesar de terem manifestado significativa capacidade de irradiação e difusão, mostraram-se bastante frágeis em virtude da transitoriedade de minha intervenção no Aglomerado Morro das Pedras e do modo vertical de administração da Secretaria Municipal de Saúde, nesse período, que tendia a desconsiderar os projetos construídos pela equipe local. A expansão e consolidação de

iniciativas de intervenção em saúde construídas com base na relação participativa e democrática entre técnicos, organizações populares e cidadãos mostrou estar subordinada a amplas mudanças da racionalidade administrativa e das relações de poder nas instituições de saúde.

No entanto, parte da fragilidade de tais iniciativas construídas no C. S. Vila Leonina originou-se também de erros de encaminhamento desta pesquisa-ação. Por exemplo, a preocupação em problematizar diversos temas ligados às doenças infecciosas e parasitárias, em razão de uma percepção inicial do que seria uma pesquisa em Medicina Tropical, levou-me a propor a discussão de um número excessivo de temas geradores nos grupos de desnutridos, dificultando aprofundamento do debate. A necessidade de iniciar a discussão de novos temas obrigava-me a deixar de lado muitas questões e propostas importantes suscitadas nos debates anteriores. Por essa razão, a discussão dos últimos temas (parasitoses intestinais e controle dos ratos) já não encontrou, entre os profissionais locais e os membros da Comissão Local de Saúde, clima para maior aprofundamento. O grande número de propostas que iam emergindo, sem que se aprofundassem os caminhos de sua operacionalização, levou a uma postura de resistência de muitos profissionais a novas discussões. Além disso, o fato de a programação educativa dos diversos grupos de desnutridos ser única em cada mês resultava na desconsideração de particularidades de cada um desses grupos, prejudicando o desenvolvimento de iniciativas próprias.

Percebeu-se que as questões culturais são um elemento fundamental no funcionamento de um serviço local de saúde. Elas estão presentes na relação entre os diversos atores locais: moradores, organizações populares, diferentes grupos de profissionais, chefias locais e instâncias administrativas da Secretaria de Saúde. Tais questões culturais entravam ou potencializam as várias propostas em andamento. Uma reforma sanitária, que enfatize a renovação sociocultural e sociopsíquica do cotidiano dos cidadãos e que busque a construção de um sistema dinâmico e eficiente que atenda de modo integral seus problemas de saúde, não pode depender de iniciativas educativas e comunicativas espontâneas e, portanto, freqüentemente transitórias de profissionais e movimentos sociais. É preciso que atividades educativas dentro da metodologia da educação popular sejam expandidas de forma sistemática nos serviços de saúde. A complexidade das práticas educativas e a necessidade de serem apoiadas por uma série de atividades-meio, que preparem e criem condições prévias ao seu desenvolvimento, exigem profissionais qualificados com cargas horárias de trabalho significativas dedicadas a elas. Os caminhos institucionais para tal expansão não estão ainda claros, apesar da existência de

algumas experiências municipais nesse sentido. Uma consideração importante é que a habilitação para a dinamização de atividades de educação popular nos serviços de saúde não está concentrada em nenhuma categoria profissional específica. Tem-se mostrado estar associada sobretudo a uma vocação pessoal presente em diferentes tipos de profissionais, bem como a uma vivência anterior em projetos de educação popular integrados aos movimentos sociais. Uma vez que a forma de encaminhamento das atividades de educação popular em saúde depende das particularidades de cada lugar e de cada serviço, a estratégia mais adequada de expansão de tais práticas passa muito mais pelo apoio material e educativo às iniciativas locais do que pela difusão ampliada de projetos elaborados por especialistas para diversos serviços.

O progresso da assistência à saúde tem estado identificado especialmente com inovações tecnológicas: novos medicamentos, ressonância magnética, cirurgia laparoscópica, engenharia genética, transplantes, técnicas imunológicas de diagnóstico de alta sensibilidade e especificidade, etc. Mas tão importante quanto essa evolução tecnológica é o avanço na definição de modelos de atenção à saúde que sejam, ao mesmo tempo, compatíveis com a realidade política, econômica e cultural da sociedade e das instituições em que se inserem e, ainda, contribuam para ampliar as condições de saúde de todos os cidadãos de forma que respeite sua autonomia e sua dignidade. No entanto, faz parte do senso comum a percepção de que essa construção institucional é algo que ocorre quase que naturalmente a partir do trabalho rotineiro dos políticos e dos administradores. Muitos profissionais e amigos com quem convivi durante a pesquisa se surpreendiam com o interesse em estudar algo que não lhes parecia ser problema importante da prática médica. Há consenso de que é fundamental valorizar ações educativas e buscar maior aproximação da população, mas essas metas são vistas como dependentes apenas de maior empenho profissional e de valorização das lideranças institucionais. Usualmente não se percebe a imensa diversidade de possibilidades de encaminhamento dessas ações e nem mesmo as diferentes implicações e barreiras de cada uma delas. Não se percebe que não basta a existência de coerência técnica e administrativa numa proposta de reorganização da atenção à saúde se ela não for compatível com as características culturais, corporativas e econômicas dos atores envolvidos na sua instituição. Não se percebe o fazer educativo e o aperfeiçoamento da organização dos serviços de saúde como campo importante de pesquisa científica que exige a participação de diferentes especialistas do setor. Numa sociedade regida de forma central pelo mercado, a pesquisa científica legitimada e valorizada é aquela associada ao aumento do consumo de mercadorias.

Esta pesquisa que desenvolvemos está inserida no esforço internacional de busca de novos caminhos de organização da atenção à saúde que ganhou força com o fortalecimento dos movimentos populares reivindicativos e a crise fiscal do Estado capitalista a partir dos anos 70 e que passaram a exigir reorientação do modelo de política social até então dominante, resultando, no setor saúde, na valorização do modelo de atenção primária. No entanto, ela se contrapõe a muitas tendências atualmente mais valorizadas, pois enfatiza a priorização das relações socioculturais (com inclusão dos grupos sociais subalternos no processo de negociação e diálogo) como eixo do processo de reorientação das práticas de saúde.

Para grande parcela dos profissionais e administradores do setor saúde, o investimento em dimensões socioculturais e subjetivas é considerado supérfluo no contexto de carência material que marca a atenção à saúde das classes populares. No entanto, essa carência material existe numa sociedade que é também de abundância decorrente da revolução do processo produtivo trazida pela industrialização. Carência e abundância convivem nas relações sociais, justificadas e ordenadas pela cultura. A renovação dos padrões socioculturais e sociopsíquicos que orientam a vida cotidiana é elemento fundamental na superação da desigualdade de distribuição dos recursos materiais necessários ao enfrentamento da doença. Além do mais, saúde é muito mais que o provimento dos recursos materiais necessários, como nos mostra a mãe que, diante do filho acidentado, se desdobra em consolá-lo e reconfortá-lo com seu carinho enquanto o curativo dos ferimentos é realizado (Coelho, M., 1995). O investimento em dimensões culturais e subjetivas é elemento central na luta pela saúde. Precisa ser, portanto, assumido de forma explícita pelos serviços de saúde, estudando, preparando e difundindo palavras e gestos que acontecem nos atendimentos.

## 6 REFLEXÕES SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA UTILIZADO

**P**ARA BOURDIEU, CITADO POR THIOLENT (1982:44) toda técnica de pesquisa é uma “teoria em atos”, ou seja, a forma como os fatos são buscados, selecionados, correlacionados e analisados em cada técnica de pesquisa se constrói com base nos pressupostos teóricos que orientam, conscientemente ou não, a investigação. O método de investigação é parte do corpo teórico adotado. É esse corpo teórico prévio que comanda o processo da pesquisa. A consciência desse fato possibilita ao pesquisador vigilância sobre o significado dos dados obtidos, evitando a ilusão da existência de objetividade científica neutra predominante nos estudos empíricos que acreditam que o conhecimento está contido no próprio fato, independentemente do modo de intervenção de quem o observa. É justamente para marcar a diferença dessa posição empirista e positivista, que muitos autores, entre eles Habermas, propõem substituir o termo *observação* pelo termo *questionamento* para descrever o modo de obtenção dos dados durante o processo de pesquisa (Thiollent, 1982:23).

De que forma e em que sentido os pressupostos teóricos assumidos neste projeto e o tipo de problema proposto para investigação orientam a metodologia de pesquisa?

Que metodologia de pesquisa é adequada às questões geradas pela educação popular em saúde hoje?

### 6.1 Educação popular e pesquisa

As primeiras sistematizações da educação popular, elaboradas por Paulo Freire na década de 1960, logo começaram a inspirar projetos de pesquisa. Um projeto pioneiro foi o realizado na região rural do Chile, denominada El Recurso, onde ocorreu experiência de reforma agrária, no final da década de 1960. No contexto de um Estado que buscava a construção de um projeto de desenvolvimento nacionalista, a educação passa a ser vista como componente do processo geral de mudança política e econômica. Paulo Freire foi convidado para coordenar a pesquisa voltada para o delineamento de formas e de intervenção educativa

que correspondessem aos interesses e às necessidades dos camponeses (Gajardo, 1984). Projetos como esse foram aos poucos multiplicando-se em vários países da América Latina. R. Zuniga, professor da Universidade de Montreal, Canadá, em artigo de 1982 citado por Gajardo (1984), reivindica para Paulo Freire o título de “criador” de um estilo de pesquisa e ação educativa. Muitos outros intelectuais, entre eles Fals Borda e João Bosco Pinto também contribuíram no delineamento do que viria a ser denominado, na década de 1980, de pesquisa participante e pesquisa-ação. Trata-se de metodologia de pesquisa que parte do reconhecimento de que os vários grupos sociais têm em si uma criativa dinâmica de busca do saber e que são portanto capazes de participar no processo de construção de novos conhecimentos com base em relações de diálogo com técnicos e intelectuais. Essa participação muda o caráter do conhecimento gerado pois possibilita a incorporação de lógicas e interesses populares. Para ela, o conhecimento é produzido na relação de mútua troca entre o sujeito que pesquisa e o objeto da pesquisa. Assim, a ciência seria uma atividade social, um programa coletivo de apropriação da verdade.

Mas todo esse movimento fundado na educação popular só pôde prosperar em virtude do surgimento em vários países, no final da década de 1960, de intensa reação crítica ao empirismo e ao positivismo reinantes na ciência. As reflexões, gestadas nessa reação, foram fundamentais como suporte para a intelectualidade latino-americana. Os pensadores da Escola de Frankfurt foram decisivos nesse processo, que evidenciou três dimensões da crítica ao positivismo e ao empirismo, segundo Thiollent (1982):

*a)* é ilusório acreditar num conhecimento sem subjetividade. O espírito do pesquisador está até mesmo na escolha dos fatos selecionados para o estudo.

*b)* é ilusório pretender construir teorias diretamente com base no entrecruzamento de dados, sem perceber as problemáticas que estão por trás da pesquisa. Os dados por si só não são geradores de conceitos e de explicações.

*c)* pretender captar a realidade apenas pelos dados mensuráveis leva a um conhecimento estático e fragmentado que não consegue perceber a dinâmica e o movimento histórico da sociedade.

A partir da emergência, nos países desenvolvidos, desse movimento de críticas, inicia-se uma busca de novas posturas metodológicas voltadas para sua superação. Nesse contexto, nas ciências humanas se passa a assistir à valorização de metodologias denominadas qualitativas. Trata-se de metodologia de pesquisa já importante no início do século, especialmente na antropologia, mas deixada de lado, por muito tempo, pelo empirismo positivista dominante no pós-guerra nos países desenvolvidos. Por método qualitativo se entende uma ampla variedade de procedimentos que se baseiam no estudo de pequenas amostragens, estatisticamente irrelevantes, mas cuidadosa e intensivamente observadas. É um método que, diante de problemas complexos e globais, procura compreender os padrões estruturais repetitivos e os comportamentos recorrentes da realidade de forma que defina as hipóteses mais pertinentes que futuramente poderão ser verificadas por amostragens controladas. Parte do pressuposto que as relações sociais e da

natureza obedecem a regras estruturais recorrentes, e que a observação de um pequeno universo concede ao pesquisador a possibilidade de reconstituir, em ponto menor, processos que se verificam no nível mais amplo em um universo determinado. É particularmente útil quando se quer estudar situações e contextos globais e complexos. Por causa de seu menor custo e menor exigência de ampla estrutura institucional de apoio, permite ao pesquisador maior possibilidade de inovar por conta própria, fugindo aos modismos e à dominação das linhas de pesquisa tradicionais (Camargo, 1987).

A Igreja Católica foi o campo institucional em que uma grande maioria das experiências de educação popular se estruturou. O próprio Paulo Freire é católico. Esse fato teve grande influência nas características do corpo teórico inicial da educação popular, em que predominou o pensamento humanista, com grande influência de Karl Jasper e Gabriel Marcel (Rossi, 1982:90). O compromisso com as classes populares, a ênfase na participação, a luta contra o autoritarismo pedagógico e a valorização do saber popular muitas vezes tinham mais a ver com uma atitude de solidariedade cristã e o desejo de comunhão com o irmão necessitado do que com um projeto político de transformação social. Muitas experiências estiveram até mesmo ligadas a projetos de desenvolvimento dentro de um capitalismo nacionalista. Mas as mudanças políticas que ocorreram em toda a América Latina a partir dos anos 60 alteraram essa situação. As ditaduras militares, que se instalaram em praticamente todos os países com conseqüente opressão política e acentuação da exploração econômica, levaram a grande politização das experiências de educação popular. O pensamento marxista vai aos poucos tornando-se hegemônico. O fato teve enorme influência nos projetos de pesquisa que aí se estruturavam. Nos novos delineamentos metodológicos, a pesquisa passa a ser vista como momento de compromisso e participação com o trabalho histórico e os projetos de luta da classe operária, a quem, mais do que conhecer para explicar, a pesquisa pretende compreender para servir (Brandão, 1984:12). O marxismo traz para a pesquisa em educação popular a preocupação de buscar, de forma dialética, as raízes históricas e materiais dos fatos sociais, ressaltando sua natureza contraditória.

Uma última grande influência teórica recebida pela pesquisa em educação popular foi a da antropologia. A valorização do saber popular e a postura de solidariedade e compromisso com os oprimidos, existentes no centro do método da educação popular desde suas primeiras experiências, resultaram em grande inserção dos educadores na dinâmica de vida da população. Com a emergência das ditaduras militares latino-americanas, houve radicalização dessa convivência entre intelectuais e meio popular, pois a repressão política obrigava que militantes se fizessem passar por populares, vivendo seu dia-a-dia. Muitos técnicos, impedidos de uma atuação criativa no seio das grandes instituições, passaram a se inserir nos movimentos populares que surgiam, aí convivendo e criando amizades. Militantes e pesquisadores militantes viveram um movimento de inserção cultural com muitas semelhanças ao vivido por Malinowski ao se instalar sozinho nas ilhas Trobriand, por causa da primeira guerra mundial. Apesar de as leituras

de etnografia não serem usuais, era comum afirmar, como os antropólogos, que só se conhece em profundidade alguma coisa da vida de uma sociedade e sua cultura mediante um envolvimento pessoal entre o militante ou o pesquisador com o grupo que se investiga ou no qual se atua, porque só assim se consegue analisar os acontecimentos segundo o fio da lógica de sua cultura.

Com o fim das ditaduras militares latino-americanas, o espaço institucional, e particularmente o espaço acadêmico, voltam a ser uma possibilidade para atuação ampliada e crítica. O processo de redemocratização das instituições levanta para a esquerda questões mais complexas, que exigem conhecimento mais elaborado. Intelectuais voltados para o fortalecimento da participação popular passam a buscar na antropologia instrumentos teóricos para a compreensão do mistério das atitudes e formas de pensar dos diversos grupos sociais. A partir de meados da década de 1980, a antropologia torna-se a disciplina a despertar maior interesse entre os pesquisadores das questões populares. Como Geertz, passa-se a buscar explicitar a trama de significados culturais e educativos dos atos que compõem a vida humana.

Assim, a pesquisa em educação popular, a partir das influências fundantes de Paulo Freire, Marx e Malinowski e da Escola de Frankfurt, foi aos poucos delineando-se como pesquisa qualitativa, com forte conotação da observação participante da antropologia, engajada na transformação política da sociedade na perspectiva dos interesses dos seus grupos sociais subalternos e em que os sujeitos investigados participam conscientemente do processo de produção do conhecimento. A essa metodologia de investigação denominou-se, nos anos 80, *pesquisa participante*. Quando faz parte de seus objetivos refletir sobre determinada ação problemática realizada por pessoas ou grupos implicados na investigação, passa a se denominar pesquisa-ação.

## 6.2 Pesquisa em educação popular em tempos de pós-modernidade

Se a pesquisa participante e a pesquisa-ação tiveram amplo prestígio acadêmico nos anos 80, com o aproximar dos anos 90 passaram a sofrer sérias críticas. O próprio movimento da educação popular começou a ser visto como algo do passado. Quais as principais críticas à pesquisa participante e à pesquisa-ação?

a) a convivência de dimensões de militância política e produção de conhecimento dentro da pesquisa é sempre tensa, uma vez que ambas são extremamente exigentes. Como as exigências da militância são mais imediatas e diretas, esse tipo de pesquisa estaria resultando em conhecimentos pouco consistentes cientificamente.

b) a identidade da educação popular com uma ideologia socialista em situações de conflito social fazia com que grande parte do conhecimento produzido resultasse mais uma aplicação no objeto particular de estudo de uma leitura teórica já previamente definida. Apesar de a educação popular insistir em partir do saber prévio do educando popular, uma vez que buscava a construção de uma consciência proletária, cujas características já estavam previamente delinea-

das pelo pensamento socialista dominante nos partidos de esquerda, ela acabava por se tornar uma educação homogeneizadora. Partiria de diferentes para chegar a iguais. Suas pesquisas estariam marcadas pela necessidade de gerar conhecimentos subordinados a um projeto utópico e subjetivo único escondido sob o manto de um projeto social racional e científico.

*c)* o movimento cultural da pós-modernidade, na medida em que esvaziou a legitimidade das grandes análises teóricas globais e levou a um descrédito na percepção de um sentido de progresso na história da humanidade, atingiu de cheio as bases da educação popular, fortemente centrada no projeto socialista. Na postura pós-moderna, não tem sentido trabalhar como intelectual a serviço dos que sofrem e são explorados, uma vez que a teoria e a racionalidade não têm mais validade e o que predomina é um desencanto com qualquer projeto de progresso social (McClaren, 1987). “Para que tanta agitação a propósito de coisa nenhuma?” (Berman, 1986:32).

*d)* a pesquisa e a prática em educação popular, apesar de terem sido importantes no período da ditadura militar, não têm mais o que contribuir, pois foram metodologias estruturadas para atuação entre grupos marginais, bem delimitados e em que se conseguia acompanhamento de seus membros por longos períodos. Hoje com os órgãos públicos, organizações não-governamentais e organizações populares atuando entre clientela amplas, heterogêneas e extremamente complexas, sua metodologia não seria mais adequada. Valorizá-las agora seria saudosismo.

Nesse contexto, qual a razão de se insistir em uma pesquisa voltada para uma temática da educação popular e utilizando a metodologia da pesquisa-ação?

Uma grande razão: a existência de um movimento social nascido nos anos 90, a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, voltado para a temática e colocando problemas e angústias, não de grupos em processo de decadência ou de militantes saudosistas, mas da possibilidade de redirecionamento do Sistema Único de Saúde — SUS responsável pelo atendimento de saúde da maioria da população brasileira.

A aparência de racionalidade pura que envolvia os vários projetos sociais foi desmascarada. Sabe-se hoje que todos se assentam sobre subjetividades, utopias, religiões ou mitos. A sociedade tornou-se mais complexa e multiplicou-se em fragmentos, obrigando os vários atores sociais a interagir com uma diversidade de grupos e personagens em colisão e alianças instáveis, vivendo caminhos próprios e falando linguagens fechadas. Uma situação que, se de um lado promete poder, alegria e aventura, de outro, ameaça desintegrar tudo o que temos e sabemos (Berman, 1986). Vivemos num universo de eventos que não compreendemos totalmente e que parecem estar fora de nosso controle. O fracasso de muitos projetos racionalizadores de intervenção social gerou descrédito na possibilidade de um novo ordenamento (Giddens, 1991).

Mesmo assim, técnicos de saúde dos anos 90 continuam atuando nos novos espaços institucionais (ONGs, hospitais, movimentos sociais, centros de saúde, sindicatos, meios de comunicação de massa, escolas) em busca de fazer ressoar a

voz e os interesses dos subalternos. A esperança continua no aparente caos da pós-modernidade. Esperança, palavra antes prescrita do vocabulário científico, pode agora ser assumida como base de uma metodologia de investigação, pois foi o que ficou diante da quebra das certezas. Talvez a utopia que se esconde atrás de muitos desses projetos seja a esperança de se poder construir, por caminhos não conhecidos, uma sociedade participativa e justa mediante o fortalecimento da comunicação e negociação entre tão diversos atores com a participação, em pé de igualdade, dos grupos subalternos.

Antes que desencanto, os novos tempos podem significar desafio. Assim, o que significa pesquisar em educação popular neste tempo de pós-modernidade? Alguns cuidados metodológicos precisam ser tomados:

*a)* diversificação dos instrumentais metodológicos de análise da realidade popular. Vêm sendo muito mais valorizados os instrumentais da antropologia e da análise de discurso.

*b)* não-exigência de correlação imediata e clara da diversidade dos resultados obtidos com uma síntese teórica globalizante, aceitando a existência de dimensões de mistério na realidade estudada, ou seja, que a razão humana é incapaz de compreender e explicar todas as dimensões da vida e da realidade material do Universo.

*c)* maior busca de entendimento das dimensões inconscientes, afetivas, míticas e religiosas dos atores sociais envolvidos, não se concentrando assim nas motivações conscientes e nos discursos explícitos.

*d)* importância de se explicitar o projeto utópico e a motivação pessoal do pesquisador e dos educadores envolvidos. Educação popular só tem sentido fundada em uma utopia social e ela tem implicações nas características do conhecimento gerado. Como as utopias não são mais uniformizadas por uma teoria sociológica dominante, a utopia do autor precisa ser expressa, para dar condição ao leitor de perceber criticamente os pressupostos subjetivos do texto.

*e)* esforço dos pesquisadores de abertura a outras formas de leitura da realidade estudada, mediante a relativização do próprio projeto utópico e modelo de conhecimento.

*f)* limitação intensa do envolvimento militante com a intervenção social estudada, assumindo muito mais um papel de análise da ação desenvolvida pelos diversos outros atores sociais envolvidos e restringindo sua própria ação a subgrupos e aspectos bem delimitados.

### **6.3 A pesquisa-ação como um instrumento de reorientação da medicina**

Os grandes avanços da bacteriologia, no final do século passado, a partir das experiências de Pasteur e o conseqüente sucesso no enfrentamento de muitas doenças epidêmicas, consolidaram na medicina a crença no modelo da racionalidade científica como caminho único para obtenção da verdade. Uma racionalidade que rejeita toda e qualquer subjetividade (fonte de ilusão e de falta de

exatidão para o conhecimento) e que se baseia em uma concepção mecanicista que vê a Natureza como algo constituído de leis naturais; leis semelhantes à de qualquer máquina, com suas peças e seu modo de funcionamento próprio. Para ela, a razão está apta a descobrir tais leis pelo método de exploração experimental e quantitativo, no qual a linguagem mais adequada é a matemática (Luz, 1988).

A chamada “revolução científica” consolidada na medicina pelas descobertas da bacteriologia levou Behring a afirmar, em 1893, que o estudo das doenças infecciosas podia, a partir dessas descobertas, prosseguir no rumo certo, sem ser desviado por considerações sociais e reflexões sobre política social (Nunes, 1987). Assim, tanto nos países europeus como nos latino-americanos perdem importância os estudos e abordagens sociais que já tinham larga tradição na Alemanha, na França e na Inglaterra. É criada expectativa otimista da possibilidade de se erradicar todas as doenças mediante a centralização dos estudos e da ação médica em doenças apenas biologicamente definidas. Nesse sentido, todo o ensino e a organização institucional da prática médica são redefinidos e regulamentados mundialmente a partir do século XX. O Relatório Flexner e todas as suas consequências nos Estados Unidos são um marco nesse processo.

Assim a questão da vida vai sendo progressivamente reduzida à análise do funcionamento das várias partes de órgãos do corpo. Ela deixa de ser questão central da prática clínica. Cada vez mais a medicina torna-se a ciência das doenças. A vida globalmente entendida deixa de ser sua preocupação, passando a ser encarada como questão metafísica e supérflua. A prioridade é buscar instrumentos para atacar cada uma das doenças e não estratégias de fortalecimento do organismo como um todo ou do grupo social em que essas doenças ocorrem. A pesquisa médica centra-se nos aspectos anatômicos e químicos das patologias, deixando de lado o interesse sobre o indivíduo como um todo, suas dimensões coletivas e sua relação com o ambiente.

Inegavelmente, o avanço do conhecimento em relação à causa das doenças decorrente das descobertas dos agentes etiológicos específicos, não tem por que ser contestado. O problema foi a postergação da pesquisa de dimensões sociais, econômicas e culturais que têm tanta importância no processo de adoecimento e de cura.

Esse modelo de ciência começa a entrar em crise nos países desenvolvidos a partir da segunda metade do século, quando se constata o pequeno impacto das ações médicas nos níveis de saúde de suas populações, agora predominantemente acometidas por doenças crônico-degenerativas. Começa a ser então constituída a sociologia médica. No entanto, os novos estudos sociais sobre os problemas de saúde são inicialmente marcados por dois grandes limites. De um lado, eles não conseguem integrar-se às pesquisas médicas, resultando numa dicotomia entre as abordagens sociais e clínicas. De outro lado, a teoria sociológica chamada a criar instrumentos teóricos para esses estudos é marcada pela visão positivista e empirista dominantes nas ciências sociais pós-guerra. Suas pesquisas utilizam metodologia que privilegia o estudo de variáveis sociais e ambientais capazes de ser quantificadas, em geral mediante técnicas de medição de opinião e de atitudes

por meio de questionários. Seus resultados têm sido fracos, dispersos e pouco úteis. Em países subdesenvolvidos, como o Brasil, esses limites são ainda maiores, haja vista a inexistência de amplas fontes de dados organizados e acessíveis, bem como a fragilidade das instituições de pesquisa, que impede a obtenção de uma riqueza de dados consistentes e dentro do rigor matemático.

A insatisfação da sociedade, decorrente da progressiva percepção dos limites do caráter especializado e fragmentado da prática médica, de seu alto custo e de sua insuficiência no enfrentamento de problemas globais, tem sido campo fértil para o florescimento de novas tentativas de compreensão e ação. Multiplicam-se e expandem-se as chamadas medicinas alternativas (homeopatia, acupuntura, medicina natural, etc.) como tentativas de superação dessa situação. Trata-se de tentativas de recuperação da visão e intervenção globalizante mediante o retorno às medicinas constituídas anteriormente à fragmentação científica. Expressam uma visão mais integrada do processo de adoecimento e de cura. Mas totalidade hoje não pode ser apenas uma volta. A multidão de conhecimentos fragmentados gerados precisa ser incorporada. Muitas leituras holísticas já não se sustentam diante dos novos conhecimentos gerados. Mesmo assim, muitas dessas práticas alternativas continuam autodenominando-se integrais ou holísticas. Mas os limites da medicina têm raízes mais profundas. Uma medicina integral não é uma nova tecnologia que tudo resolve. Não é um tipo ideal de prática médica independente da realidade concreta pois grandes limites da atual medicina se devem à forma concreta como é exercida nas classes populares. Também não significa a soma de todas as técnicas e todos os conhecimentos, pois o conhecimento de todos os fatos e o esclarecimento de todos os aspectos é algo que o homem não atinge. Conhecimento torna-se ação em situações concretas determinadas pela luta política dos atores sociais envolvidos, muitos dos quais, por razões históricas, são impedidos de participar. Não é algo dado e estático: é uma construção histórica que não tem fim. A medicina é uma ciência e uma prática social marcadas pela complexidade. Cada problema de saúde, cada conhecimento e cada serviço só pode ser compreendido com base em suas relações, em antagonismo e cooperação, com o todo e com os vários outros componentes. Seu problema atual não se deve tanto à falta de conhecimento e tecnologias, mas à incapacidade de seus agentes inter-relacionarem-se dialeticamente e negociarem os diversos saberes, interesses, procedimentos técnicos e limitações materiais diante de problemas concretos.

Reside aqui a potencialidade da pesquisa-ação como instrumento de reorientação da prática médica. Trata-se de uma metodologia de produção de conhecimento sobre a inter-relação entre os atores e saberes envolvidos em uma prática social, em que se priorizam os interesses e as falas dos atores subalternos. Pesquisas com essa orientação contribuem para ampliar o movimento de construção de uma medicina integral que movimentos sociais, profissionais de saúde e outras organizações da sociedade civil já vêm realizando em suas lutas e trabalho. Como uma metodologia qualitativa, ela é muito adequada para entender a dinâmica desse processo de inter-relação, participação e interdisciplinaridade. Nesse senti-

do pode ser importante na superação do caráter fragmentado da medicina, bem como da sua concentração nas dimensões estritamente biológicas das doenças.

Dentre as várias questões da assistência à saúde, esta pesquisa delimitou como campo de estudo o controle das doenças infecciosas e parasitárias em que, no entanto, se repetem problemas estruturais da medicina como um todo.

As ciências humanas não têm consciência dos caracteres físicos e biológicos dos fenômenos humanos. As ciências naturais não têm consciência da sua inscrição numa cultura, numa sociedade, numa história. As ciências não têm consciência do seu papel na sociedade. As ciências não tem consciência dos princípios ocultos que comandam as suas elucidações. As ciências não têm consciência de que lhes falta uma consciência.

[...]. Por todos os lados nasce a necessidade de uma ciência com consciência. É tempo de tomar consciência da complexidade de toda a realidade — física, biológica, humana, social, política — e da realidade da complexidade. É tempo de tomar consciência de que uma ciência privada de reflexão e uma filosofia puramente especulativa são insuficientes. Consciência sem ciência e ciência sem consciência são mutilados e mutilantes (Morin, 1982).

É importante salientar que a opção de estudar as várias doenças infecciosas e parasitárias corriqueiras de forma global, não centralizando em apenas uma delas como é usual nas pesquisas médicas, se deveu tanto a uma tentativa de romper com o caráter fragmentado do conhecimento médico, como à natureza do problema que me propus analisar. Existe estreita inter-relação e similaridade entre as várias doenças infecciosas no que tange às suas dinâmicas intrafamiliares e comunitárias de convivências e enfrentamento no meio popular. O centro da pesquisa não foi as doenças, mas os saberes e as atitudes diante delas. É necessário uma abordagem globalizante para se conseguir detectar suas explicações mais profundas e encontrar novas estratégias de intervenção nesse processo de adoecimento e de cura, composto de uma rede entrelaçada de relações na qual múltiplos elementos, com dimensões contraditórias entre si, estão envolvidos.



## 7

# DIÁRIO POÉTICO DA PESQUISA

**A** PESQUISA E A AÇÃO EDUCATIVA não são atividades puramente objetivas e racionais. As idéias constituem-se e são transmitidas profundamente marcadas pela subjetividade dos atores em atuação. Conhecer como essa subjetividade interfere no ato pedagógico e na pesquisa é importante para ser crítico diante dos seus resultados. Além disso, compreender como essa dinâmica de interferência aconteceu na elaboração de determinado texto pode contribuir para o entendimento do processo de constituição de outros discursos presentes no processo de ensino e aprendizagem.

Durante a pesquisa que originou este livro, fiquei intrigado com a intensidade do meu envolvimento. Percebi que esse envolvimento com a busca de entendimento mais profundo das relações humanas faz parte de uma característica pessoal que sempre insistia em se manifestar. Fiquei muito desafiado a tentar entender a razão de minha teimosia em manter, por tanto tempo, o estado de compenetração e dedicação à produção deste texto. Por que razão me envolvia com tanto ardor nos debates e buscas de compreensão das práticas de saúde e educação entre a população? Por que os custos pessoais daí decorrentes, muitas vezes altos, eram com facilidade relativizados durante esse envolvimento no trabalho? Por que era tão “falador”? A oportunidade de acesso a bibliografias voltadas para a análise do discurso, a convivência com a professora Magda Becker Soares (UFMG) e um processo de psicoterapia durante o curso de doutorado possibilitaram a identificação de algumas dimensões importantes desse persistente empenho na produção de discursos sobre o trabalho social em saúde. Há em minhas palavras, neste livro e nas atividades educativas das quais participo, muito mais do que compromisso e interesse profissional como professor e pesquisador ou vontade de contribuir na superação do fosso existente entre os serviços de saúde e a população. Minhas palavras são resultado também de uma dinâmica interior particular que dá a elas sentidos e intensidades próprios. Preciso das palavras para ser.

A reflexão sobre dimensões pessoais presentes na elaboração dos meus próprios textos, refletindo o caráter nebuloso dessas questões, aproximou-se da linguagem poética que se impôs, uma vez que não fecha totalmente o sentido das

palavras, deixando amplo espaço aos simbolismos, mais adequados para expressar o significado de realidades subjetivas. São textos fragmentados, contraditórios entre si e sem pretensão de apresentarem articulação clara e coerente, características também da dinâmica interior do ser humano. Insisto em publicá-los, apesar de fugirem ao padrão das publicações técnicas e científicas, pela força elucidativa que percebo carregarem.

### 7.1 As palavras do silêncio

Aprecio o entardecer, a praia  
o silêncio, a brisa no rosto, a mata...  
Não é tanto por seus esplendores  
mas por evocarem minhas vozes interiores  
meus fantasmas e meus pensamentos-sentimentos.

No espaço de silêncio diante desses pedaços de natureza  
minha turbulência interna lentamente vai vindo à tona.  
Vou nominando, conhecendo, admirando, colocando no lugar  
parte por parte de seus componentes.

Me acalmo.  
Situo meus fantasmas  
diante desses fragmentos do cosmo.  
Minha inquietude ansiosa  
torna-se movimento ondular  
como a dinâmica misteriosa, linda  
do voo dos pássaros e insetos sobre a lagoa  
dos ruídos e sussurros da mata.

Por que algumas pessoas são corroídas  
Por tamanha inquietude?

Não reclamo.  
Essa inquietude é também o meu impulso.  
Sou seu filho.

6/4/94

### 7.2 Secura, inquietude e palavra

Infância em casa cheia  
nove irmãos em escadinha:  
um atrás do outro.  
Mamãe assoberbada

sempre exausta  
sempre presente  
sempre distante.

Papai se desdobrava,  
lá fora, lá distante.  
Ia pagando as dívidas  
ia conquistando admirações.  
Grande homem, diziam.

Nós filhos sentíamos a dedicação.  
Crescemos em um ninho arrumado  
bebíamos da admiração social.  
Devíamos.

Mas e meu amor particular?  
Queria ser banhado sozinho.  
Queria um momento e um afago só meus.  
Ah! Quanta fome!  
A fome dói.

Mas como querer mais?  
Como gritar a dor  
para aqueles pais sufocados?  
Mãe sempre com enxaquecas  
pai sempre exausto.

A dor da fome,  
sentimento indigno diante de pais tão dedicados.  
Medo de ferir seres tão caros.  
Será que a enxaqueca é por minha ingratidão?  
O peso da dívida.

A segura  
o desejo contido  
a dor da fome  
o sentimento de dívida  
a culpa  
a expectativa de perfeição  
a confusão.  
Inquietude, inquietude, inquietude.

Pais de uma geração dura para o carinho.  
Pais religiosos.

Se de um lado deram a rigidez,  
do outro deram a palavra:  
na oração diária  
na doutrinação  
nas discussões à mesa

Ah! A palavra, a razão  
espaços possíveis para o ordenamento interior  
instrumentos possíveis para expressar a dor e o gozo.  
Doer sem ferir  
gozar sem pecar

Que malabarismos exige da razão!  
De tanta ginástica e de tantas tarefas  
ela se fortaleceu.  
Minha palavra ficou ágil.

A palavra íntima das orações  
a palavra das anotações,  
das considerações junto aos pais  
foi se tornando pública  
nas discussões familiares  
na igreja, na medicina, no rádio e nos livros...

Palavra carregada de missões impossíveis:  
expressar na razão o não racional.  
Impossibilidade que se transformou em eloquência.  
Palavra de fuga ao enfrentamento  
fonte de meu entendimento  
compensação da minha secura

Secura, inquietude e palavra.

14/4/94

### 7.3 Minha música

Caminhando com walkman,  
nos carros,  
eles sempre ouvem música.  
Música entupindo os vazios da vida.  
Em casa e no trabalho  
sucessão de shows e artistas.

Minha diversão é outra.  
Minha rotina começa por outro relaxar:  
abrir o tempo  
para ouvir os pensamentos,  
sucessão de idéias,  
sonhos e vontades  
a desfilarem sob o meu silêncio.  
Música.

Os pensamentos vão e voltam  
como as ondas na praia,  
trazendo em sua brisa  
sons de lembranças  
cantos de desejos  
vibrações de projetos.  
Que bom quando se integram  
em música suave  
sem remorsos e mágoas.

Artista sufocado  
pela urgência dos cantos  
impacientes por se soltarem.

Passeio pela vida  
com mãos livres.  
Já traço embutido  
meu sistema de som.

12/12/94

#### **7.4 Lentidão com emoção**

Pé ante pé.  
Assim é o meu jeito  
de caminhar pela vida.  
Movimentos lentos  
vividos com emoção.  
Vulnerabilidade às perturbações sutis  
dos sentimentos evocados.

Tara de buscar, na intimidade,  
o mapeamento com acuidade  
dos nebulosos incômodos despertados  
pela caprichosa dinâmica do viver.

Lentidão  
que deixa de lado  
tantos consumos  
anunciados como imperdíveis.

Sensação de perda.

Mas não dou conta  
de apressar o passo  
passando por cima  
das perturbações da alma  
nos gestos miúdos.

Tão lento  
mas tanta emoção!  
Emoções e percepções suaves  
porém ressaltadas e adornadas  
pois profundamente minhas.

Assim, entre hesitações internas,  
ligando fragmentos do pensar e do sentir  
recomponho a inteireza  
pelo alinhamento  
de contraditórias dimensões do ser.  
E caminho.

Quietude colorida  
pela inquietude da mente.

26/7/97

## 7.5 O sentido salva

CIDADEZINHA QUALQUER  
Carlos Drummond de Andrade

Casas entre bananeiras  
mulheres entre laranjeiras  
pomar amor cantar.

Um homem vai devagar.  
Um cachorro vai devagar.  
Um burro vai devagar.



Devagar... as janelas olham.

Êta vida besta, meu Deus.

☹☹☹

Será mesmo besta, Drummond?  
Pode ser, pode não ser.  
Besta, se forem esses atos  
uma rotina  
falta de opção.

Rica  
se os passos  
e os olhares  
tiverem um sentido  
na busca e na história  
do homem que vai  
da mulher que olha.

O sentido salva o ato  
de sua mediocridade.

Entre o jantar no restaurante francês  
e o P.F. no bar da esquina  
a diferença maior não são as iguarias  
mas o sentido do jantar na vida dos comedores.

Entre a trepada cheia de malabarismos  
e o encostar a cabeça no ombro do namorado  
a diferença maior não é a intensidade do prazer  
mas o sentido do encontro na vida dos amantes.

Jantar refinado  
sem encontro  
sorrisos formais  
gentilezas vazias.  
Jantar sem gosto.

Marmitas com ovo, arroz e feijão  
saboreadas com alegria  
em comunhão.  
Satisfação.

Um monumento na memória.

Lavar as meias do amado.  
Levantar com amigos  
as paredes do futuro lar.  
Limpar o vômito  
do filho doente, querido e carente.  
Desdobrar-se no trabalho  
para pagar a viagem sonhada.  
Atos carregados de sentido  
carinhos miúdos  
inseridos numa história  
com sonhos e esperança.  
Realização.

Sentido  
elo entre o cotidiano e o sonho.  
Homem  
bicho com o olhar para o alto.

O prazer  
A beleza  
O sentido  
Trio mágico  
a resplandecer a vida.



Final de milênio  
desmoronamento das utopias  
sonhos confusos  
Propagação comercial de ilusões,  
parafernália de comunicação  
para massificação de projetos políticos.  
Esperanças instáveis  
desconfiadas.

Gestos com sentido questionado  
sentido hesitante  
vazio do cotidiano.  
Restou o sentido animal  
do prazer imediato.  
Restou o sentido primário  
da busca do reconhecimento imediato.

Crise do gesto  
crise do viver.  
Jantar sem sal  
carinho oco  
trabalho que é só trabalho.  
Êta vida besta, meu Deus.

Na ausência de sonhos persistentes  
que orientem com firmeza os sentidos dos gestos  
resta a esperança  
de novas descobertas.  
Cada ato é uma busca,  
gestos à procura do sentido.  
O sentido é a busca.

☺ ☺ ☺

Educação  
construção conjunta do conhecimento necessário,  
busca intencional de novos sentidos,  
esforço de traduzir e dialogar os sentidos dos outros.

Educação em saúde,  
busca, em conjunto, do sentido  
do cuidado do corpo  
do cuidado com o outro

9/10/94.

## 7.6 Meu jeito

Há pessoas que, agoniadas,  
buscam entretenimentos  
que as desapareçam.  
Festas, televisão, bar, cinema.  
Se alegram.

Sou diferente.  
Muitos encontros e fatos do dia  
me tocam.  
Fico desassossegado.  
Tenho dificuldade de sair  
buscando entretenimentos.



Preciso, antes, digerir a inquietude  
mapear e nomear  
as impressões e marcas,  
trazidas e lembradas  
pelos acontecimentos,  
ressoando e agitando  
na mente.

Este olhar,  
buscando acuidade  
das sensações agitadas,  
é solitário.  
Parece triste,  
exige recolhimento  
mas me traz prazer.  
Alegria silenciosa.

Não consigo a coerência  
de um ordenamento  
lógico e global  
do vivido.  
As impressões que me marcam  
se embaralham e se ordenam  
por caminhos que pouco entendo.

O desassossego empurra o pensar.  
Pensar que primeiramente é escutar  
precisar a visão  
das impressões nebulosas e confusas.  
Incorporá-las,  
deixar ser por elas remexido mais profundamente.  
É preciso silêncio,  
até de pensamento,  
para palpá-las  
perceber alguns de seus contornos  
alguns de seus toques.

É preciso vontade ética  
para não deixar de ouvir  
com acuidade  
estranhamentos e sensações  
que constroem  
por irem de encontro  
ao eu instalado

e por solaparem  
autoconceitos que são fontes  
de reconhecimento social.

Pensar é depois  
buscar e anotar  
associações  
entre as impressões  
estudos  
conceitos anteriores  
e considerações de colegas,  
reconstruindo-se  
criando novo equilíbrio  
entre o eu interior  
e o mundo ao redor.  
Equilíbrio provisório e improvisado  
expresso em conhecimento  
tentando tornar entendível  
o movimento da vida.

Este viver o desassossego  
em movimentos de interiorização  
me consome energia,  
tira o pique de grandes agitos.  
Me sinto encolhido.  
Mas, ao mesmo tempo,  
me faz portador de originalidade  
que irradia socialmente  
acolhida por outros  
de formas inesperadas,  
sem controle.

Quanto mais profundo este pensar  
mais percebo a irradiação  
de minhas vibrações.  
Mais sou acolhido e acolho  
mais sou afetado por outros  
Me faço flexível.

☺ ☺ ☺

Jeito de caminhar  
delineado também  
pela educação repressora

que tolheu  
o fluir espontâneo  
da sexualidade e da emoção.  
Nesse aleijão construído,  
a janela para o vôo  
era a interiorização.

Aleijado  
desenvolvi habilidades  
no manejo das muletas.  
Hoje dou algumas piruetas,  
consigo admirações.  
Com as muletas expresso  
formas, até interessantes,  
da sexualidade e afetividade  
antes negadas.

Me alegre  
o jogo da vida  
que me levou  
ao meu caminho diferente.  
Subordinações e redirecionamentos  
acazos e intenções.

Aonde me levarão  
as próximas curvas  
da dinâmica da vida?  
Acabei adquirindo  
uma fé otimista  
no jogo da vida.<sup>1</sup>

18/05/96

## 7.7 O velho e a calma

Aposentado postado  
na porta de casa  
esperando apático  
a vida passar.

Velho sem graça

---

<sup>1</sup> Provocada pela leitura de Rolnik (1993).



frente à televisão  
vendo sem ver  
o tempo correr.

E eu tão seco  
desejando momento  
de relaxamento e de calma  
para contemplar e entender  
o giro da vida.

O que faz  
com que o à-toa  
pare de ser  
germe de ser?

A turbulência e a dinâmica  
que tanto me esgotam  
são, por outro lado,  
o sentido da calma.



E o velho adverte:  
cuidado que a calma  
sozinha da lida  
também pode ser  
parente da morte.



11/1/95

## 7.8 Pasmaceira meditabunda

Ai que vontade  
de quebrar a couraça  
da interiorização persistente  
que me deixa encurvado!

Interiorização renitente:  
buscar com disciplina  
em reflexões concentradas  
a raiz dos problemas,  
o entendimento geral.  
Compulsão que endurece,  
distancia da vida  
que é fluxo sem rédeas  
pra lá da razão.

A pretensão pesada  
de coerência global  
exigindo  
compenetração sem fim  
deixou-me encolhido,  
pesado para ser  
levado no vento  
das brincadeiras da vida.

Viver,  
pensar e sentir  
ser levado e decidir  
amar e rosnar.  
Gozo, subordinação e dor  
dialética da liberdade  
que ainda não sei jogar.

Achei que podia  
pela vontade  
governar o viver.  
Miragem num deus.  
Por mais que lutasse  
a vida escapava  
das mãos da razão.

Eu, por dentro,  
tenso e contido.  
De fora,  
lento e encolhido.  
Pasmaceira meditabunda

18/1/95.

## 7.9 Fala, falus

Formação cristã  
lar seminário  
sentimentos e projetos  
revestidos de evangelho.  
“Meu mundo não é deste mundo”  
das frases de Jesus  
a mais incrustada.



Para que o prazer,  
sentimento tão efêmero?  
Diante do Reino,  
bobagem a vaidade.  
Para que sedução?

Negando prazeres cotidianos,  
fingindo não ser vaidoso,  
caminhei para Deus,  
imagem de perfeição  
em busca do grande prazer:  
a glória eterna.

Humildemente quis  
ser super-homem,  
espírito pleno,  
apenas por enquanto,  
sustentado no corpo.

Espírito pleno  
verbo provisoriamente feito carne  
Verbo.

Palavra da salvação  
para impurezas do mundo,  
pregação.

Palavra de salvação  
para minhas impurezas,  
desejos e vaidades ilegítimos  
teimando em agitar  
no ser inquieto,  
oração, confissão, ato de contrição.

Infância  
inculcação durável  
princípios que ficam  
mesmo rasgando  
a roupagem cristã.

Não mais prego,  
trabalho e milito.  
Direitos humanos  
socialismo

medicina comunitária  
educação em saúde.  
A saúde pelas palavras.  
Atualização da pregação.

Prazer miúdo  
não mais renegado,  
mas cadê seu espaço  
na militância,  
na correria da vida?  
A inculcação durável  
da infância cristã  
sorratamente  
o varreu para o lado.

Mas o desejo matreiro  
se recompôs  
no novo caminho,  
tornando a militância  
busca de prazer.

Palavra pesada.  
Carrega nas costas  
estratégias de sedução  
sonhos de admiração  
desejos de olhares femininos.  
Será que ela suporta?

Será que eu agüento  
das minhas palavras  
esperar tanta coisa?

15/6/94

### **7.10 Render-se**

A razão inquieta  
me fez investigador.  
Desvendar a vida  
iluminar o inconsciente  
entender as determinações.

Fascínio das descobertas  
admiração dos companheiros



falta de jeito para outras posturas  
me empurrando  
na busca solitária do pensar.

Me fiz na missão  
de bandeirante intelectual.  
Para pensar  
privei-me de interagir  
privei-me de integrar.

Após tanto esforço  
descubro a vida  
como floresta de mistérios.  
Quanto mais desvendo  
mais descubro o que falta.

Após tanta busca  
a razão anuncia:  
renda-se,  
o viver ultrapassa o entendimento!  
Chega de compulsão!



A vida não é  
quarto de solteirona:  
cada arranjo no seu canto  
cada mudança decidida com cuidado.  
É turbilhão  
nos levando de roldão.  
Ela não espera  
tudo entender  
ou, cada passo,  
decidir com cuidado.



Liberdade é apenas  
fazer desvios  
recompor o corpo  
trocar de correnteza.

Curtir a agitação,  
sem se angustiar  
por funcionar pelo inconsciente  
ou de, sem perceber,  
ser também determinado.

Não somos  
espíritos  
plenos  
inteiros  
totais.

Viva a razão  
sem compulsão!  
Viva a escolha possível!  
Viva a correnteza a nos levar  
pelas surpresas da Vida!

23/1/95

### 7.11 Locomotivas da objetividade

Pessoas objetivas.  
Falas diretas.  
Olhar de águia.  
Duro.

Acham-se inteligentes,  
eficientes.  
Uns lordes  
vaidosos da objetividade.

Vontade imperiosa  
de atingir sem rodeios,  
sem dançar e brincar  
sem silêncio  
a raiz dos problemas  
a saída do túnel.

Mas a dinâmica da vida  
é, poucas vezes, objetiva.  
Os sentimentos dão voltas,  
em inesperadas piruetas.  
Sutis diferenças  
transformam-se em imensidão.

Pessoas objetivas,  
locomotivas perdidas  
na tortuosidade da verdade.  
Desconsideração insensível

das entrelinhas do silêncio  
e da liberdade do outro

27/3/9

## 7.12 Palavras de dor e gozo

Há pessoas que, alegres, sorriem  
tristes, choram  
magoadas, agridem  
amadas, acarinham.  
São diretas.

Mas eu não sei só chorar  
Não sei só exultar  
Me alegro em palavras  
Minha dor dói em análises.

Assim dou muitas voltas.  
Minhas análises, nem sempre doem  
Nas palavras, a alegria costuma se perder.  
Brinco de destrinchar questões  
Alegres ou tristes  
Mas será que brinco ou fujo nas palavras?  
Fugir de gozar  
fugir de chorar.

Talvez brinque e fuja.  
Brincando e fugindo  
As palavras desdobram o sentimento  
em compreensões e soluções  
em frieza e inércia.

Seria tão bom poder chorar e entender...  
rir e explicar...  
gozar e expressar...

Mas será que sei falar porque não sei gozar?  
Sei analisar porque não sei chorar?  
Sou autor pois esse é o meu jeito de gritar?

Me alegro em palavras  
Minha dor dói em análises.

6/4/94



### 7.13 Palavra guerreira

Palavra espada  
arma maior  
das lutas diárias,  
etapas sempre provisórias  
da grande batalha.

Guerra sagrada.  
De tão sagrada  
nem sei nominar:  
todos os termos  
parecem pequenos.

Palavra espada  
lutando por  
não sei bem o quê.  
Só sei que é  
por demais grandioso  
pois nunca posso  
parar pra curtir  
a vitória de ontem,  
ou pra descansar  
e quieto sofrer  
a dor da ferida.

Brincar de cantar  
com a palavra guerreira  
apenas se for  
como treinamento  
de habilidades de luta.

Palavra ferramenta  
da grande escultura  
obra interminável  
da perfeição  
em que o detalhe já pronto  
só é reparado  
para pensar  
a etapa seguinte.

Ai, que inveja  
da palavra dos pássaros





que cantam lá fora  
brincando e brigando  
por paixão ou por fome  
por disputas presentes  
ou por nada  
sem este peso  
de uma meta tão alta

Como soa suave  
o canto dos pássaros  
que sonho poder  
um dia falar...

Mas não será  
do homem a sina  
de sonhar as alturas?

Será que não é  
a força do homem  
esta meta sagrada?

Mas será que não posso  
pregar e cantar  
lutar e curtir?

Já não fará parte  
do sonho sagrado  
a fragilidade  
do gozo presente?  
a limitada musicalidade  
das falas espontâneas?

Será que o incômodo  
nas costas do verbo  
já não se baseia  
na perda da fé  
na crise do sonho  
que o conduziam?

Fraquejaram as asas  
o sonho e a fé  
do verbo que voa.

O pássaro trôpego

o discurso gago  
asas assimétricas  
motivações hesitantes.  
Espada pesada

18/6/94

#### 7.14 Ei mar

Há no mar  
uma beleza escancarada  
que deslumbra de imediato.  
Chegando,  
basta abrir os olhos e suspirar.  
A imensidão de água, céu, areia  
a profusão de cores, luzes e brisas  
nos dão um tapa  
.....  
de encantamento.

O primeiro deslumbramento  
é, no entanto, fugaz.  
Logo se diz:  
“Está visto. Podemos ir.  
Foi lindo”.

Mas para alguns...  
em certos momentos...  
o mar reserva outros encantos.  
Que encantos!  
Belezas guardadas  
em sete embrulhos:  
envoltórios delicados  
exigentes  
de gestos pacientes,  
atentos  
e muito silêncio  
pois seus presentes,  
de tão tênues,  
costumam escapar  
em meio aos papéis.

Este mar de encantos sutis,  
como um templo,

exige um ritual de acesso.  
Trocar as vestimentas pesadas  
carregadas de tensões  
por túnicas leves  
que não abafem  
nosso corpo e nossa alma.  
Vestir-se de silêncio e contemplação,  
exorcismo de ressentimentos e excitações.  
Vestir-se de relaxamento,  
entrega do corpo  
ao ritmo da natureza circundante,  
fazendo-se sensível às brisas mais suaves  
aos movimentos não evidentes.

Espreguiçar sob o sol  
curtindo, na pele, seu ardor suave.  
Brincar com o vento  
buscando posições da cabeça  
que aperfeiçoem sua sonoridade.  
Reparar na maria-farinha  
que, do seu buraco na areia,  
nos espreita.  
Energizar-se nas vibrações trazidas  
pela temperatura da água.  
A alegria da criança.  
Os pássaros brincando sobre a areia.  
As curvas da silhueta da menina.  
O jogo de reflexos,  
sulcos e cores  
na água que,  
na baixa da maré,  
escorre na areia.

A repetição das ondas...

Admiração preparando a mente  
abrindo-a de seu ensimesmamento  
em direção à vida.

Às vezes, surgem presentes maiores:  
poças, na maré vazia,  
cheias de seres misteriosos;  
pedras, corais, conchas  
estranhas e diversas  
deixadas, sobre a areia, pelas ondas;



matas vizinhas  
onde se escondem  
sombras, piados e cores;  
os sorrisos em rostos lindos;  
conversas descontraídas  
e a PAZ...

Este segundo deslumbramento  
não é fugaz.  
Persiste  
no redimensionamento do olhar  
no ordenamento do ser,  
mesmo em tempo de tristeza,  
em todo resto do dia.

Se a vida pulsa com tanta força  
como anuncia  
este pedaço de mar,  
esta amostra  
da presença de Deus,  
quem é tão forte para esmagar  
o sorriso e o novo  
sempre emergentes?

A opressão do dirigente  
o descaso dos burocratas  
aquela fala agressiva  
a dor de ontem  
a injustiça  
o cansaço  
ficam relativizados  
diante do mar,  
anúncio velado  
de um Amor  
que é mais forte.

Do meu relaxamento,  
costumo me surpreender  
com os rostos que passam  
crispados  
malhando apressados;  
os olhares viajantes  
de caçadores tensos  
a cata de presa sexual;  
as testas franzidas

acorrentadas  
em tormentos interiores;  
e os diálogos afogados  
na amargura e na raiva.  
Desconhecem o templo.  
Não dão conta  
do pulsar vibrante  
da natureza tão próxima.

Ey mar.d,  
vida orientada pelo mar.  
Fé nos seus encantos  
até quando é noite.  
Chamam-me de otimista  
ironizando a ilusão.  
Não conhecem o mar.

Mesmo em Minas  
o “mar” está presente.  
O jeito de olhar aprendido  
nas praias de João Pessoa  
me permitem vê-lo  
nos riachos, no jardim  
no luar, na mata  
e, até, na favela.  
Manifestam todos  
a mesma presença.

22/5/97

### 7.15 Educação e interiorização

Em 1979, trabalhando no interior da Paraíba, me envolvi numa experiência fundadora de um estilo de vida profissional, a produção de um programa educativo no rádio: *A Hora da Saúde*.<sup>2</sup> Em pouco tempo, a figura do ouvinte do programa passou a estar presente na minha mente, instigando-me constantemente a pensar as palavras do nosso diálogo. O sucesso do programa aumentou ainda mais essa presença. Passei a reparar e a pensar os fatos do dia-a-dia na perspectiva do programa de rádio. Quanto mais me dedicava a refletir e a estudar os temas a serem abordados, melhor ficava a matéria, maior era a sua repercussão, mais minhas palavras comunicavam. Após as intensas vivências como médico naquela população carente, o silêncio e a interiorização passaram a significar

---

<sup>2</sup> Esta experiência está analisada em Vasconcelos (1987).

comunicação ampliada. E como me gratificava a enorme audiência do programa! Em qualquer recanto dos vinte e cinco municípios da região, eu era prontamente reconhecido pela voz e cercado de atenção e carinho. As cartas e os comentários, que chegavam, mostravam o impacto daquelas palavras difundidas pelas ondas do rádio para aquela população predominantemente rural e com tão pouco acesso a discussão mais ampla de seus problemas de saúde. Durante dois anos e meio fui incorporando profundamente o aprendizado de que a reflexão interiorizada das vivências era o momento privilegiado de constituição das palavras do diálogo mais forte do meu existir. Meu silêncio e minha intimidade passaram a ser habitadas pelo público. A interiorização foi adquirindo um sentido social.

Veio a perseguição política e a expulsão da cidade em 1982. Era tempo de ditadura militar. Pensando em publicar algum artigo científico que facilitasse meu ingresso em algum curso de mestrado que pudesse substituir o vazio criado pelo afastamento da região do Brejo Paraibano, escrevi um artigo sobre a experiência como médico no centro de saúde onde atuava. O artigo teve ampla repercussão e acabou sendo reproduzido em revistas e livro. Vários colegas de profissão comentaram: “você conseguiu expressar os dilemas que nós, militantes em atenção primária à saúde, sentimos em nosso cotidiano e não conseguíamos comunicar com clareza”. Comecei a perceber que as minhas palavras refletidas e escritas também tinham enorme capacidade de comunicação. Pela escrita, passava a atingir outro público, os profissionais de saúde, que passou progressivamente a estar presente e a dialogar em minhas reflexões em silêncio. Essa presença foi fundamental na elaboração de minha dissertação de mestrado que foi escrita destinada a ele. Assim nasceram meus dois primeiros livros e se foi consolidando a percepção do sentido social da reflexão interiorizada e da anotação e sistematização de seus fragmentos. A receptividade dos leitores reforçava o investimento de tempo na atitude reflexiva que gerara os textos. O espaço da interiorização se foi espichando, alimentando as habilidades de perceber e lidar com as dimensões simbólicas do jogo da vida. Um texto escrito para publicação exige redobrado cuidado de anotação, sistematização e reflexão das idéias e percepções, ampliando a necessidade de recolhimento.

Cada vez mais silencioso (para ser um falador pela escrita) e envolvido na observação das sutis implicações simbólicas dos acontecimentos, fui transformando-me, diferenciando-me. Se, de um lado, curtiá viajar nos caminhos dos outros, fascinado com suas surpreendentes configurações, passei a sentir a dificuldade de as pessoas mais próximas acompanharem meus próprios caminhos. Minha intimidade passou a ser confusa, esquisita e lenta para pessoas que não tinham mergulhado, com prazer e teimosia, em seus mares interiores. Criou-se uma dificuldade para a amizade em que me sentisse acolhido e entendido. Dependente de seletivas amizades, senti com mais força a solidão; fui empurrado ainda mais em direção ao movimento da reflexão interiorizada na busca de contatos ampliados pela palavra impressa. Com o afastamento do outro mais próximo, fui ligando-me, cada vez mais, ao outro distante, o público, este ser nebuloso a habitar espaçosamente minha intimidade. Foi crescendo, assim, a convicção na produtividade social da introspecção.

O ser educador deixou em mim marcas profundas. Foi ampliando no meu viver a ação mediada pela interiorização e necessitando do discurso, elaborado com cuidado, para se constituir.

22/8/97

### 7.16. Um modo de estruturação da subjetividade; mística e criação

A partir da conferência *Arte Como Experiência Religiosa*, de Adélia Prado<sup>1</sup> e textos de Rubem Alves.<sup>2</sup>

O homem, em sua existência, vai se percebendo órfão. Uma orfandade original. Um desamparo primordial.

O mundo, em muitos momentos, é luminoso e belo. Mas mesmo quando tudo está bem, a alma continua vazia.

*Dê-me lírio, lírios e rosas também. Crisântemos, dâlias, violetas e os girassóis acima de todas as flores. Mas por mais rosas e lírios que me dê, eu nunca acharei que a vida é bastante. Faltar-me-á sempre qualquer coisa* (Álvaro Campos).

Desse desamparo original, nascem as perguntas sobre o sentido da vida. O que sou? Para quê? Se tudo estivesse bem, estas perguntas teriam pouca importância.

Por causa deste incômodo, desta insuficiência, as pessoas saem em buscas. Fazem terapias. Procuram amores, festas, agitos. Estudam e se desdobram em debates. Vasculham doutrinas.

Se busca um lírio aqui, uma rosa ali, um crisântemo acolá como se fossem o que falta. Depois de alcançar muitas destas flores e deleitá-las, sente-se a insuficiência continuando a latejar.

Diante da fome do coração, as respostas que surgem nunca são suficientes. Qualquer resposta é uma gota para o tamanho da pergunta. Até o mar é uma gota.

Percebe-se imerso em algo misterioso, maior que a capacidade da razão compreender. Vai se descobrindo que este instrumento primeiro da busca, a razão, é volúvel, se sustenta sobre pilares alicerçados sobre o pântano. As respostas parciais mais significativas aparecem de forma gratuita. São encontradas ou não, mas não são fabricadas intencionalmente.

*Atrás de meus olhos dorme uma lagoa profunda. E o céu que trago na mente, meu vôo jamais alcança* (*Meu Veneno*, de Milton Nascimento e Ferreira Gullar).

Diante da percepção da impossibilidade de uma resposta plena a estas per-

<sup>1</sup> Veja em: Massimi, Marina & Mahfoud, Miguel. *Diante do mistério; psicologia e senso religioso*. São Paulo: Loyola, 1999.

<sup>2</sup> *A Festa de Maria*. Campinas: Papirus, 1999.



guntas essenciais e a esta orfandade original, muitos repousam. Um repouso sobre o Mistério que envolve tanto a pergunta como as respostas. Este repouso é se prostrar, curvar-se diante do Mistério.

Essa entrega ao Mistério é, no início, um repouso. Deixar os primórdios manifestarem.

Me procurei a vida inteira e não me achei — pelo que fui salvo.  
Descobri que todos os caminhos levam à ignorância.  
Que a partir de ser inseto o homem poderia entender melhor a metafísica.  
Eu precisava de ficar pregado nas coisas vegetalmente e achar o que não procurava.  
Aqueles permanências nos relentos faziam-me alcançar os deslimes do Ser.  
Assim, meu verbo adquiriu espessura de gosma.  
Fui adotado em lodo.  
Todas as minhas palavras já estavam consagradas de pedras.  
.....  
Todas as coisas apropriadas ao abandono me religam a Deus.  
Senhor, eu tenho orgulho do imprestável!  
O abandono me protege.  
Retiro semelhanças de árvore comigo.  
Preciso de obter sabedoria vegetal.  
(Sabedoria vegetal é receber com naturalidade uma rã no talo.)  
....  
Carrego meus primórdios num andar.  
(arranjo de versos de Manoel de Barros<sup>3</sup>)

Do repouso, vai sendo gerada uma vivência de encontro pessoal com algo, a princípio, impreciso e nebuloso, que, num potente dinamismo, toma-o e o marca profundamente.

A mística e a arte estão nessa entrega a esse algo tão essencial à vida, mas que é muito maior do que a vontade e a iniciativa consciente. A experiência, de falta de controle ao que é essencial, é, ao mesmo tempo, poética e religiosa. Remete a uma experiência profunda de inteireza, que pede, não um entendimento racional, mas um consentimento.

Pode-se ou não consentir nesta experiência de entrega ao Mistério. Ela se dirige não à inteligência, mas ao vazio interior profundo, à pobreza do espírito. Consentindo, entra-se em contato com a unidade fundante do ser que, quando não colocada no centro da mesa da vida, lateja, agita e desorganiza.

O místico medieval, Ângelus Silésius, dizia: “Temos dois olhos: com um vemos as coisas que no tempo existem. Com o outro, as coisas divinas, eternas e que para sempre permanecem.”

---

<sup>3</sup> *O livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record, 1997 e *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro: Record, 1997.



Este segundo olho, que vê a aura de extraordinário que envolve o ordinário e a resplandecência do humano precário, é aberto a partir dessas vivências de entrega. Com suas visões, o cotidiano corriqueiro é recarregado de sentido denso e é energizado.

Estas experiências podem ser desencadeadas tanto por momentos de desolação como por momentos de alegria gratuita. Não se chega a elas por meio da filosofia, ciência ou doutrina. Só pelo assumir a radical precariedade e pobreza da vida.

Este contato evidencia o desamparo do ser e o consola. O deixar ser tomado e levado por esta experiência de encontro faz cumprir o ser. Traz paz.

Esta experiência, a que todos podem ter acesso, precisa de uma linguagem que a expresse e a comunique. Esta linguagem é a arte, o poema, a liturgia e a oração.

A experiência mística e a artística têm uma origem comum. São braços do mesmo rio.

Oração pode ser o suspiro da alma desolada, tentando se expressar em palavras pronunciadas a partir desse encontro no vazio. A expressão da experiência religiosa é sempre difícil porque é uma tentativa de falar daquilo que não pode ser dito plenamente: o Mistério apenas tocado.

O poema revela a experiência vivida e a guarda para, em momento futuro, entrar-se em contato novamente. A arte segura a experiência vivida ao longo do tempo. “A rosa morreu lá no pé, mas está viva e luminosa no poema ou na pintura.” Na medida em que a vida não pára, a arte descansa. Na angústia da temporalidade, ela cristaliza a experiência no tempo. Permite difundir estas experiências profundas, que são datadas e localizadas.

Para se expressar estas experiências, é preciso uma linguagem diferente. Uma que utiliza símbolos nascidos em outra margem, que não a da razão, e que foram introjetados profundamente na subjetividade humana ao longo da história. Por isso, muitas vezes, sobrevive aos séculos e costuma repercutir na mente do ouvinte, mesmo que ele não a compreenda plenamente.

A liturgia é a linguagem que apresenta e celebra o Mistério. Por isso tem de ser poética. Ela leva a prostrar. A alma humana precisa de vassalagem. O descanso é esse: estar em algo ou com alguém que é maior.

A linguagem poética não tem de ser necessariamente bela. A fala orientada pela beleza formal é a retórica. Retórica é a arte de convencimento pela palavra bonita. É algo que distancia do essencial. É barulho que polui. A essência da arte é a expressão da transcendência do corriqueiro.

Tenta-se decifrar Deus, porque tudo que se consegue compreender se consegue dominar. Mas Deus é mistério. Por isso São Paulo dizia que a adesão a Cristo é uma loucura, loucura de cruz.

É a mesma loucura da arte. É a loucura de um quadro de Picasso em que ele põe a bem-amada com três olhos. Um no umbigo, um na nuca. Ele não estava brincando. Deformava para mostrar.

E aonde é preciso ir para encontrar essa vibração do Mistério? A parte nenhu-

ma; é só abrir os olhos. A poesia e Deus repousam nos objetos mais inusitados. O estímulo é o cotidiano.

Os grandes místicos são pessoas muito corriqueiras. Costuma-se divulgar, dos grandes santos, os seus feitos extraordinários: milagres, levitações, etc. Mas, fora destes poucos momentos, a vida dos santos é um passeio no cotidiano. A coisa mais difícil é aceitar essa miséria do cotidiano com tudo que traz: velhice, doença, decepções. Esse cotidiano todos têm. Ninguém tem mais do que isto, nem a Rainha da Inglaterra.

Ortega y Gasset dizia: “Admirar-se do que é natural é o dom do filósofo”. O artista transcende o cotidiano e comunica essa sua percepção.

Todo artista, queira ele ou não, é religioso na sua obra, porque a obra que ele faz remete a algo maior, ao grande Mistério da vida. Assim, toda a obra é sempre insuficiente, pois não dá conta de expressar todo o Mistério que a ilumina. Todavia, por expressá-lo, a obra é muito maior que o seu autor. Aí está a razão do prazer da criação.

Há um florescimento de técnicas para levar ao contato com o Mistério: oficinas de oração, processo para entrar em alfa, técnicas orientais. São procedimentos com *status* quase mágico. Não se toca no mistério da arte nem de Deus a partir de um propósito ou de uma técnica. Não é com uma ferramentazinha da cabeça do interessado. É mais simples e, ao mesmo tempo, mais difícil. O fundamental é um esvaziamento, uma humildade diante do Mistério. Um conselho repetido dos místicos: é preciso se despojar e cair na mais absoluta pobreza diante do Mistério. É isto que Jesus chamava de pobreza de espírito.

O pobre verdadeiro é o que não se apega a uma interpretação do mundo. Ao se despojar da própria visão e ao não fugir ao latejamento do desamparo, cria-se um vazio que é o lugar da mística. Todo místico prega o vazio. Só com ele se cria uma atitude radical de escuta.

O Mistério fala nas coisas e nas pessoas. Mas está difícil ouvir estas falas sutis pois há um grande horror ao silêncio, ao vazio. Parece que se tem medo de ouvir. Medo da audição dos primórdios de si. Os mares interiores são revoltos. Suas ondas ameaçam de afogamento os iniciantes afoitos. Para nele nadar com desenvoltura, é preciso um processo gradual. Com medo do mergulho e mobilizado pela sede, enche-se a vida de música, conversa, trabalho, festa, televisão, consumo material, distração e prazer, num frenesi que nunca basta.

É na solidão da floresta, longe da agitação, que se encontram fontes de águas cristalinas. Quanto mais fundo se entra na floresta da alma, mais silencioso se fica. A alma é o lugar onde os sentimentos são profundos demais para palavras. “Calamos”, diz Sor Juana, “não porque não tenhamos o que dizer, mas porque não sabemos como dizer tudo aquilo que gostaríamos de dizer.”

A força que emerge deste mergulho seduz e atrai para um prolongamento. A solidão fica povoada de encontros e dinamismo. Não é qualquer festa que compensa um descentramento dessa vivência.

O contato com o Mistério traz a originalidade radical. Sem este contato com as forças originárias do que é primordial em cada um, acaba-se pasteurizado pelos

costumes globalizados. É preciso ser como o coletivo. Não há espaço para experiências realmente individuais. Tem-se que amar, rezar, comportar e pensar como se divulga nos meios de comunicação.

A sociedade desconfia do artista até que sua obra passe a ser valorizada pela lógica do mercado. As igrejas temem os místicos por causa de sua extrema liberdade. São Francisco e Santa Teresinha foram podados. É difícil para a soberba da razão aceitar algo que não se põe na linguagem que ela domina, esta que vem do fluxo imprevisível gerado no encontro com o Mistério. Ter uma experiência destas é ser levado pelo sopro do espírito, ficar fora do controle.

O que resulta deste encontro é um presente a que o autor tem acesso. É dom. Resulta de fluxos que ele não controla, apenas cria condições para que apareçam. As fontes da criação vêm, vão e se transformam de modo imprevisível. Por isso o artista não pode ter orgulho de sua obra.

Para muitos artistas, não ser dono do processo de criação é causa de alegria pois significa estar hospedando em si o fascinante dinamismo de forças que o transcendem.

Assim, os grandes santos também são pessoas simples. Quem é a grande santa dos carmelitas? É Teresa de Lisieux. O que ela fazia no convento? Nada, ficava lá sendo tuberculosa. Só isso. O extraordinário brotava na sombra desse corriqueiro. A verdadeira vida do santo é um se perder nesse vazio diante do grande Mistério.

O contato com as fontes do Ser, a partir da vivência da solidão, faz emergirem potências e percepções pouco usuais. Para alguns, tem sido fonte de uma diferenciação que menospreza o restante da sociedade, criando uma “aristocracia espiritual”. Mas se a busca desta vivência pode significar, num primeiro momento, afastamento, o seu sentido é o engajamento na transformação amorosa do mundo.

O fascínio das descobertas na vivência espiritual pode também levar a um fechamento em si na busca e curtição do êxtase. Essa busca pode ainda ser uma compensação para as dificuldades de uma relação social intensa. Santa Teresa D’Ávila dizia: “Senhor, livrai-me dos santos carrancudos”. A mística tem de levar a abertura dos olhos ao mundo e ao dinamismo das mãos.

Toda obra verdadeiramente artística é religiosa. Há um exemplo célebre: o vigário vai chamar alguém para pintar a igreja. Quem deve chamar? O pintor que é ministro da eucaristia, piedoso, bacana e bonzinho? Ou aquele ateu que não vai à missa, mas que é um artista genial? Deve ser o artista ateu, porque ele está conectado e sabe expressar o princípio da transcendência que é, por natureza, religioso. Isso ele manifesta em sua obra a despeito de sua crença. O outro não. O piedoso vai pintar cada anjinho e santo bem certinhos. Será uma pintura de registro religioso, mas que não tem unção religiosa porque não está conectada com este centro. O artista não vai pintar anjo nem santo nenhum. Pinta uma paisagem. E todo mundo que a vê é levado à experiência religiosa.

O desejo mais profundo da alma é o encontro com este Outro Absoluto que, de seu lado, também busca contato. Este outro subjuga, atrapalha e morde o

calcanhar, fustigando sem descanso. É a pérola que o lavrador do evangelho de Jesus encontrou e, a partir de então, vendeu tudo, pois tudo ficou secundário.

A razão é apenas uma ferramentazinha deste encontro.

Santo Tomás de Aquino, um pensador cristão tão racional que escreveu tantas afirmações que a Igreja passou a seguir, disse um dia: “Tudo o que escrevi antes é palha; diante do que vivi, o que escrevi é palha.”

Casa-se, corta-se cabelo, vai-se ao dentista, faz-se isto e aquilo, passeia-se, tiram-se férias, cansa-se e descansa-se pela peleja atrás desta pérola. As forças que digladiam na mente são pacificadas a partir deste encontro.

Santo Agostinho disse: “Meu coração não se aquieta enquanto não descansa em Ti”. Que “Ti” é este? Ele foi um grande amante. Participou de grandes farras. Conheceu o amor humano e falou: “Tudo é palha, tudo é palha”.

Muitas vezes é o sofrimento que faz dobrar diante do Criador. O sofrimento leva à morte e à purgação do eu soberbo, possibilitando a alegria do encontro e da prostração diante do Mistério. É a felicidade do coração. Dos místicos e dos artistas.

Após a descoberta dos caminhos deste contato interior, os acontecimentos com que se depara no dia-a-dia e os sentimentos que emergem vão sendo trazidos para serem banhados nestas vivências de encontro, achando, assim, novo sentido e agir. Surge, assim, uma criação original orientada pelos primórdios do ser.

Eu, nestas fontes, procuro minha medicina ampliar.

20/10/2000

## 8

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantara, Eurípedes. Entrevista com Herbert Ganz: pobreza tem solução. *Veja*. Abril, p. 7-10, 17 jan. 1996.
- Andrade, Carlos Drumond. *Antologia poética*. 25.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Record, 1990, p. 211-3: Relógio do Rosário.
- Arroyo, Miguel González. Apresentação. In: Dias, Nelsina Melo de Oliveira. *Mulheres, sanitaristas de pés descalços*. São Paulo: Hucitec, 1991, 115 p.
- . Educação e exclusão da cidadania. In: Buffa, Ester; Arroyo, Miguel & Nosela, Paolo. *Educação e cidadania: quem educa o cidadão?* São Paulo: Cortez, 1987, p. 31-80.
- Bakhtin, Mikhail. O enunciado, unidade da comunicação verbal. In: *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- Banerji, Debabar. Atención primaria de salud: seletiva o integral? *Foro Mundial de la Salud*, 5:357-60, 1984.
- Berman, Marshall. *Tudo que é sólido desmancha no ar; a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.
- Bittencourt, Sonia Azevedo & Magalhães, Rossana Ferrari. Fome: um drama silencioso. In: Minayo, Maria Cecília (org.). *Os muitos Brasis; saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 269-90.
- Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. X Conferência Nacional de saúde; reafirmando princípios, propondo novas práticas. Rio de Janeiro: Abrasco, set. 1996. Número especial.
- Botero, B. Posibilidades de control de las geohelmintiasis mediante tratamientos en masa. *Bol. Chil. Parasit.*, 34:39-43, 1979.
- Bourdieu, Pierre. Economia das trocas lingüísticas. In: Ortiz, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983a, p. 156-83.
- . *Homo academicus*. Paris: Minuit, 1984.
- . *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983b.
- Brandão, Carlos Rodrigues. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 7-13: Participar-pesquisar.
- . *Lutar com a palavra*. Rio de Janeiro: Graal, 1982, 186 p.
- . *Os deuses do povo; um estudo sobre religião popular*. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Brasiliense, 1986, 306 p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília, 1996 (documento preliminar).
- Briceno-León, Roberto & Dias, João Carlos Pinto. *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela, 1993, p. 7-12: Prólogo.
- Burbules, Nicholas C. & Rice, Suzanne. Diálogo entre as diferenças: continuando a conversação. In: Silva, Tomaz Tadeu (org.). *Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 173-204.
- Camargo, Aspásia. O método qualitativo: usos e perspectivas. In: Congresso Nacional de Sociologia, 3, 1987, Brasília. *Anais...* Brasília: UNB, 1987.
- Campbell, Harry. Estudio etnográfico enfocado: instrumento de investigación sobre las IRA. *Noticias sobre IRA*, Washington: Grupo CID, 24:2-5, set. 1993.
- Campbell, Joseph. *O poder do mito*. 12.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Palas Athena, 1995, 242 p.
- Campos, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 175 p.
- Carvalho, Maria do Carmo Brant de. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian, Sílvio Manoug (org.). *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 93-108.
- . Serviços de proteção familiar. *Cadernos de Ação*, São Paulo: Instituto de Estudo Especiais da PUC-SP, 5, 1994b, 42 p.
- Cassel, Eric J. An Epidemiological Perspective of Psychosocial Factors in Disease Etiology. *American Journal of Medicine*, 64(11):1040-3, 1974.
- Chauí, Marilena. *Conformismo e resistência; aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986, 179 p.
- . *Cultura e democracia*. 5.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1990, p. 3-14: O discurso competente.
- Coelho, Marcelo. Estado trata a cultura como perfumaria. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 2 jun. 1995, cad. 5, p. 9.
- Coelho, Paulo. Deus está nos olhos das crianças. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 1.<sup>o</sup> out. 1995, cad. 3, p. 5.
- Colen, Lucimar Ladeia. *Saúde e cidadania; a experiência da região leste de Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado em Sociologia. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, 1994, 173 p.
- Coraggio, José Luís. Educação para a participação e a democratização. In: Garcia, Pedro Benjamim (org.). *O pêndulo das ideologias; a educação popular e o desafio da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 89-104.
- Costa, Antônio Carlos Gomes. A família como questão social no Brasil. In: Kaloustian, Sílvio Manoug (org.). *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 19-25.
- Costa, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis: Vozes, 1986, 121 p.
- Dias, Nelsina Melo de Oliveira. *Mulheres, sanitaristas de pés descalços*. São Paulo: Hucitec, 1991, 115 p.
- Duchiade, Milena Piraccini. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo, Maria Cecília (org.). *Os muitos Brasís; saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 14-56.

- Durham, Eunice. A família operária: consciência e ideologia. *Dados*; Revista de Ciências Sociais, São Paulo, 23(2), 1980.
- Evers, Tilman. Identidade; a face oculta dos novos movimentos sociais. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, 4:11-22, abr. 1984.
- Fausto Neto, Ana Maria Quiroga. *Família operária e reprodução da força de trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- Ferrari, Mário & Kaloustian, Sílvio. Introdução. In: Kaloustian, Sílvio (org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 11-5.
- Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. 5.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985, 295 p.
- França, Júnia Lessa et al. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 3.<sup>a</sup> ed. rev. aum. Belo Horizonte: UFMG, 1996, 191 p.
- Franchi, Carlos. Linguagem — atividade constitutiva. *Almanaque*; Cadernos de Literatura e Ensaio, São Paulo: Brasiliense, 5, 1977.
- Freire, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 6.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, 218 p.
- . Prefácio. In: Poster, Cyril & Zimmer, Jurgen. *Educação comunitária no terceiro mundo*. Campinas: Papyrus, 1995, p. 11-3.
- Fundação Oswaldo Cruz. Entrevista com Giovanni Berliquer. *Proposta*; *Jornal da Reforma Sanitária*, Rio de Janeiro, 14, jan. 1989.
- Gajardo, Marcela. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: Brandão, Carlos Rodrigues (org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 15-50.
- Gerhardt, Hains-Peter. Uma voz europeia; arqueologia de um pensamento. In: Gadotti, Moacir (org.). *Paulo Freire; uma biobibliografia*. São Paulo: Cortez, 1996, p. 149-70.
- Giddens, Anthony. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.
- Gomes, Gilberto Pedro. *Relatório de atividades*. São Paulo: Departamento de Jornalismo e Editoração da ECA-USP, maio 1986, p. 36-64.
- Gómez, Ricardo. O vídeo como prática: para além do vídeo-processo e do vídeo-produto. *Proposta*, Fase, 58, set. 1993.
- Grinberg, Maximo Simpson. Comunicação alternativa; dimensões, limites e possibilidades. In: Grinberg, Maximo (org.). *A comunicação alternativa na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1987, 128 p.
- Kelvin, Peter. Um exame sociopsicológico da privacidade. In: Velho, Gilberto & Siqueira, Servulo (org.). *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- Kuperman, Breno. TV comunitária; um espaço de aprendizado e construção da cidadania. *Vídeo Popular*; Boletim da Associação Brasileira de Vídeo Popular, São Paulo, 29:8-9, set. 1995.
- Luz, Madel. *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988, 151 p.
- MacDonald, J. J. & Warren, W. G. Primary Health Care as an Educational Process: a Model and a Freirean Perspective. *International Quarterly of Community Health Education*, 12(1):35-50, 1991.
- Mader, Roberto. Manifestações de protesto com câmeras ligadas. *Vídeo Popular*; Boletim da Associação Brasileira de Vídeo Popular, São Paulo, 27:8, jan. 1995.

- Magnani, José Guilherme Cantor. *Festa no pedaço; cultura popular e lazer na cidade*. São Paulo: Brasiliense, 1984, 198 p.
- Marques, Marília B. Doenças infecciosas emergentes no reino da complexidade; implicações para as políticas científicas e tecnológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 11(3):361-88, set. 1995.
- Martins, José de Souza. *Caminhada no chão da noite; emancipação política e libertação nos movimentos sociais no campo*. São Paulo: Hucitec, 1989, cap. 4: Dilemas sobre as classes subalternas na idade da razão, p. 97-143.
- Maurás, Marta & Kayayan, Agop. Apresentação. In: Kaloustian, Sílvio Manoug (org.). *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 9-10.
- McLaren, Peter. Paulo Freire e o pós-moderno. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, 12(1):3-13, jun. 1987.
- Mejía, Marco Raúl. Educação e política — fundamentos para uma nova agenda latino-americana. In: Garcia, Pedro Benjamim et al. *O pêndulo das ideologias; a educação popular e o desafio da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, p. 45-87.
- Mello, Dalva M. et al. Helmintoses intestinais; conhecimentos, atitudes e percepção da população. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22:140-9, 1988.
- Mendes, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário; o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 309 p.
- Mendonça, Elizabeth França. *Estudo de determinantes da mortalidade infantil por diarreia na região metropolitana de Belo Horizonte em 1991-1992*. Tese de doutorado em Medicina Tropical. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 1995.
- Minkler, Meredith. Health Education, Health Promotion and the Open Society; an Historical Perspective. *Health Education Quarterly*, 16(1):17-30, Spring 1989.
- Misoczky, Maria Ceci. A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos do SUS. *Saúde em debate*, Londrina: Cebes, 42:40-4, mar. 1994.
- Morin, Edgar. *Ciência com consciência*. Lisboa: Europa-América, 1982, 256 p.
- Neder, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: Kaloustian, Sílvio Manoug (org.). *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 26-46.
- Neves, Conceição Lima; Sevalho, Gil & Mayer, Rodrigo Otávio. Mortes por homicídio em Belo Horizonte-1991. *Boletim Epidemiológico*, Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 3(4):1-4, mai.-jun. 1994.
- Nogueira, Adriano. Pensamento de Paulo Freire; uma inspiração para o trabalho pedagógico. In: Gadotti, Moacir (org.). *Paulo Freire; uma bibliografia*. São Paulo: Cortez, 1996, p. 651-4.
- Nunes, Edson. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova*, São Paulo, 17:67-91, jun. 1989.
- Nunes, Everardo Duarte. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985, p. 29-83: Introdução: tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina; uma visão geral.
- Oliveira, Luís Antônio & Mendes, Márcia. Mortalidade infantil: uma avaliação de

- tendências recentes. In: Minayo, Maria Cecília (org.). *Os muitos Brasis; saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 291-303.
- Paim, Jairnilson Silva. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. *Estudos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco, 4:11-25, nov. 1986.
- Pereira, Willian Cesar Castilho. *O adoecer psíquico do subproletariado*. Belo Horizonte: Seprac, 1990, 253 p.
- Rodrigues, Arakcy Martins. Práticas e representações de pequenos funcionários públicos em São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Anpocs, 11(4):85-103, out. 1989.
- Rolnik, Suely. Pensamento, corpo e devir; uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisa da Subjetividade — PUC-SP, 1(2):fev. 1993.
- Rossi, Wagner. *Pedagogia do trabalho; caminhos da educação socialista*. São Paulo: Moraes, 1982, v. 2, 165 p.
- Rotelli, Franco; Leonardis, Ota & Mauri, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via; a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Rotelli, Franco et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 17-59.
- Sabroza, Paulo et al. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: Minayo, Maria Cecília (org.). *Os muitos Brasis; saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 177-244.
- Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de vigilância à mortalidade infantil*. Belo Horizonte, 1994.
- Silva, Carlos Eduardo Lins. As brechas da indústria cultural brasileira. In: Festa, Regina & Silva, Carlos Eduardo (org.). *Comunicação popular e alternativa no Brasil*. São Paulo: Paulinas, 1986, p. 31-52.
- Singer, Paul; Campos, Oswaldo & Oliveira, Elizabeth. *Prevenir e curar; o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978, 166 p.
- Slenes, Robert. Lares negros, olhares brancos: história da família escrava no século XIX. *Revista Brasileira de História*, São Paulo: Marco Zero, 16, 1988.
- Takashima, Geney Karazawa. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis — uma questão de postura. In: Kaloustian, Sílvio Manoug (org.). *Família brasileira a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 77-92.
- Taylor-Gooby, Peter. Welfare, hierarquia e a “Nova Direita” na Era Thatcher. *Lua Nova*, São Paulo, 24:165-87, 1991.
- Teixeira, Sônia Fleury (org.). *Projeto Montes Claros; a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 251-7: Montes Claros: a utopia democrática.
- Thiollent, Michel. *Crítica metodológica; investigação social e enquete operária*. São Paulo: Pólis, 1982.
- . *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1988.
- Unicef, OPS/OMS, Cuba, Ministerio de Salud Publica. *El plan del médico de la familia en Cuba*, 1991, 56 p.
- Vacca, Giuseppe. Estado e mercado, público e privado. *Lua Nova*, São Paulo, 24:151-63, 1991.

- Valla, Victor Vicent. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: Valla, Victor V. & Stotz, Eduardo (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 87-100.
- . A crise de interpretação é nossa; procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação e realidade*. Porto Alegre, 1997 (no prelo).
- . Participação popular e informação numa conjuntura da nova ordem mundial. In: Martínez, F. G. Mercado & Silva, Leticia Robles. *La medicina al final del milenio; realidad e proyectos en la sociedad occidental*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara-Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1995.
- Vasconcelos, Eymard Mourão. *A medicina e o pobre*. São Paulo: Paulinas, 1987, 212 p.
- . *Educação popular nos serviços de saúde*. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 1991, 139 p.
- . O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, 31:56-74, dez. 1989.
- Vieira, Marta. Urbanização em B.H. agrava a desigualdade sócio-econômica. *Estado de Minas*, Belo Horizonte, 14 jan. 1996. Economia, p. 1.
- Werner, David & Bower, Bill. *Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde*. São Paulo: Paulinas, 1984.
- Wong Un, Júlio Alberto. *Ética popular comunitária, controle de endemias e exclusão social; reflexões a partir das organizações de saúde do norte andino peruano*. Projeto de dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.
- Zaluar, Alba. *A máquina e a revolta; as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1985, 265 p.

## 9 COMENTÁRIOS

**A** AVALIAÇÃO DESTA TESE DE DOUTORADO, realizada em maio de 1997, foi um processo pedagógico muito rico. O trabalho foi avaliado e comentado por pesquisadores com experiência reconhecida nacionalmente, confrontando seus diferentes olhares com as idéias aqui expressas. Como forma de possibilitar ao leitor ter acesso à parte do debate ocorrido na época (que durou cinco horas) e, assim, ter condições de entender o texto mais criticamente, foi solicitado a alguns membros da banca de avaliação seu comentário sucinto. Foi acrescentado o comentário do teólogo João Batista Libânio, que tem sido referência central em toda a minha vida profissional.

### 9.1 Ainda a educação popular para enfrentar o fosso cultural na nova ordem mundial

VICTOR VICENT VALLA<sup>1</sup>

CERTAMENTE EYMARD NÃO É O PRIMEIRO a desenvolver uma investigação científica em torno da questão de educação popular. Sua tese de doutorado também não deve ser a primeira sobre educação popular em saúde, se bem que não deva haver muitas no Brasil. Mas, com certeza, Eymard é um dos primeiros que desenvolve uma pesquisa empírica sobre educação popular, relacionando-a com as condições de vida das classes populares e com a responsabilidade de os serviços de saúde tratarem os problemas de saúde decorrentes dessas condições.

Um primeiro ponto deve ser destacado sobre o trabalho do Eymard: é uma tese de doutorado sobre *educação popular*, desenvolvida e defendida numa faculdade de medicina, o lugar correto para um médico defender sua tese. Mostra uma conquista, uma vez que

---

<sup>1</sup> Professor-titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e professor do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal Fluminense, Victor Valla é doutor em História. É autor de vários livros como *Educação e favela* (Vozes, 1986) e *Participação popular, educação e saúde* (Relume Dumará, 1993).

representa o deslocamento das reflexões da educação popular dos ambientes informais e alternativos para o ambiente acadêmico e científico de uma das mais tradicionais faculdades de medicina do país. Para isso foi necessária a iniciativa de um médico que dedicou duas décadas de sua vida profissional e política à preocupação com as relações entre os profissionais de saúde e as classes populares.

Eymard, eu e outros membros da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde sempre achamos curioso quando, nos encontrando em congressos científicos, os colegas nos perguntam: “Vocês ainda estão mexendo com educação popular?”, como se fosse uma prática saudosista, interessante, mas adequada apenas nos anos 60 e nos anos do regime militar. Na realidade, a tese de Eymard demonstra a importância da discussão da educação popular em saúde, hoje, nesta conjuntura de (neo)liberalismo e “nova ordem”. Importante, é claro, para as classes populares e, também, para os profissionais de saúde.

O fosso cultural entre os serviços de saúde e as classes populares é indicação de que os problemas de saúde do Brasil não se resolvem apenas com mais recursos materiais e humanos (embora um aumento substancial dos investimentos das autoridades seja bom ponto de partida). E justamente para estudar esse fosso, Eymard inverte as prioridades metodológicas, dando primazia ao diário de campo, que normalmente é um instrumento complementar de pesquisa. Nessa busca de uma investigação científica do ponto de vista popular, ele reconhece que a formação acadêmica faz com que o discurso popular apareça inadequado aos ouvidos dos profissionais de saúde. Nesse sentido, se as atitudes e falas dos usuários dos serviços públicos nos parecem desconexas e estranhas é por dificuldade nossa de interpretação. Por meio do diário de campo e do vídeo artesanal, Eymard busca compreender a fala de uma população, vítima de expropriação brutal (resultado de um dos salários mínimos mais baixos no mundo), como também a fala de profissionais cuja formação técnica e as iniciativas de boa vontade estão sufocadas em unidades de saúde nas quais a lógica hegemônica é a produtividade contabilizada por estatísticas e a abordagem médica restrita às dimensões biológicas das doenças.

O que me marcou na leitura deste trabalho foi a forma como foi correlacionando os impasses vividos no setor saúde com os impasses mais gerais em que se encontra a sociedade brasileira. É claro que os problemas de saúde não se resolvem independentemente das outras grandes questões da economia e da política. Mas o caminho, que Eymard indica, aponta para uma postura nova dos profissionais, em que se reconhece que as classes populares têm o que dizer sobre suas condições de vida e de saúde e sobre os caminhos de seu enfrentamento. Mostra que essas mesmas classes são compostas de pessoas que constroem seu próprio conhecimento que é, por sua vez, uma avaliação da realidade que as cerca. E que a educação popular é exatamente isso: a produção de um novo conhecimento (produto das relações de respeito e de reconhecimento entre os profissionais e as classes populares) que possui os elementos necessários para melhor avaliação da realidade e para a superação do impasse. Como diz o Paulo Freire — de quem muitos se dizem conhecedores, mas que poucos lêem — a educação popular é o amor aos homens e ao mundo mediante o diálogo.

No quarto capítulo de sua tese, há um momento em que Eymard parece fazer a síntese do seu objeto de investigação: “Os serviços de saúde [...] tendem a excluir essa clientela que não consegue adequar-se às suas exigências de horário, de entendimento e obediência

aos cuidados receitados e de encaminhamento dos exames solicitados. São casos que evidenciam os limites dos serviços de saúde, colocando-os diante de um dilema. Podem continuar restringindo suas atividades a ações curativas e preventivas bem definidas tecnicamente, dizendo que não é um problema do serviço se o paciente não implementa as recomendações prescritas ou não utiliza corretamente os recursos terapêuticos entregues. Mas podem assumir o desafio, buscando formas de atuação que superem o fosso entre as recomendações técnicas e o cotidiano da vida dos pacientes”.

Transparece na proposta do Eymard a idéia de que o atendimento da demanda espontânea não pode ser o único eixo orientador da avaliação e do enfrentamento das condições de saúde das classes populares, nem pelas unidades de saúde, nem pela academia que pesquisa essas condições. Sobretudo porque o crescimento do desemprego, ao desencadear profunda crise nas famílias, aumenta a parcela da população incapaz de se adequar às rotinas e exigências dos serviços de saúde, distanciando, assim, os mais necessitados.

Há outro momento na tese em que Eymard chega, como se fosse, “ao fundo do poço”, trazendo à tona a absoluta necessidade da participação radical, tanto dos profissionais como também da população. É quando ele mostra que, mesmo num município com um “governo popular” (como foi o caso da prefeitura de Belo Horizonte na época da pesquisa, quando o prefeito era ativo participante dos movimentos populares), continua presente o impasse entre o que os serviços podem oferecer e as necessidades da população. Quando os profissionais se animam a tentar uma busca ativa, ou seja, ir ao encontro dos moradores, fica claro que sem a participação efetiva daquela população das favelas da Vila Leonina, não se consegue desenvolver o trabalho. Eymard demonstra que a educação popular é instrumento de construção de uma participação popular que envolve simultaneamente profissionais e classes populares no dia-a-dia do serviço. Mostra que atenção integral à saúde não se garante apenas por profissionais competentes, nem apenas pela pressão da população. Para que o delineamento do conhecimento necessário para enfrentar os problemas de saúde não seja aleijado, é fundamental a efetiva participação da população e dos profissionais de saúde, integrados mediante o diálogo.

Finalmente, a partir dessas preocupações, Eymard levanta alguns questionamentos que são intimamente relacionados com a discussão de educação popular, mas que são também do interesse de todos no campo da saúde. Questões como os “limites da responsabilidade do Estado” e como “a polarização entre as categorias de cura e cuidado”, apontam para um debate utópico mas realista de que sociedade queremos construir no rastro desta conjuntura de impasse.

Na frase simbólica de que “muitos problemas são profundos demais para serem curados mas não para serem cuidados”, Eymard deixa claro a urgência do Estado passar a oferecer condições para que as classes populares recebam atenção diferente na hora das consultas e das terapias decorrentes. Mas, para que tal meta se cumpra, será necessário longo trabalho de articulação e solidariedade entre aqueles profissionais de saúde e grupos populares que acreditam e investem nessa possibilidade.

## 9.2 Comentários de um teólogo da libertação

JOÃO BATISTA LIBÂNIO<sup>2</sup>

O ITINERÁRIO TEÓRICO DA TESE DO PROF. EYMARD tem o fascínio de quem atravessa, numa passarela estreita, abismos à direita e à esquerda, sem precipitar-se em nenhum deles. É uma tese. Precisa de uma teoria. A teoria por natureza tende a ser universal, com o risco de perder-se no abstrato inútil. A tradição aristotélica ensina: “De individuo non fit scientia” (não se faz ciência de um caso singular). Mas o autor parece desafiar a lógica clássica, debruçando-se sobre casos bem particulares. No entanto, apóia-se em outra tendência que se firma cada vez mais no universo teórico da antropologia de descer aos mínimos detalhes de uma cultura, renunciando explicitamente a aproximar-se dela com pressupostos teóricos universais, sobretudo forjados em outra cultura. O limite dessa tendência é prender-se ao único, ao singular, paralisando qualquer reflexão teórica e também qualquer ação.

Entre o universalismo abstrato e o singularismo inteorizável, o autor procurou, ora mais perto de um, ora de outro, tecer as linhas da tese. Aí está o seu encanto, o desafio que ela provoca ao leitor.

Eymard não poupa críticas a uma esquerda que se aproxima do povo com teorias já elaboradas, sabidas e tidas como verdadeiras. Pois ela atropela as experiências populares, não entende os matizes da cultura do povo e os meandros das relações que vigoram entre as pessoas nas periferias. O cotidiano da população é muito mais distante do que se imagina da experiência dos profissionais. Frequentemente a dificuldade de captá-lo é compensada por forma autoritária de atuar.

A metodologia desenvolvida no estudo é uma resposta crítica à pretensão da ciência moderna positivista e empirista que só conhece o caminho único da racionalidade científica para a obtenção da verdade. Eymard insere-se de cheio nas críticas pós-modernas da concepção mecanicista da natureza para valorizar as subjetividades. Não se trata da descoberta da subjetividade do início da modernidade em oposição ao mundo da objetividade tradicional, mas do encontro com a crescente valorização de cada subjetividade pessoal, grupal nas diferentes situações. Por isso, parece mais correto falar de subjetividades no plural.

O passeio humano e teórico pela favela foi permitindo ao pesquisador descobrir regras bem diferentes de comportamento que não se enquadram nas categorias clássicas do certo/errado, comprometido/alienado, bom/mau. Revelam motivações, atitudes e imaginários bem diferentes que só podem ser avaliados no interior do seu mundo.

Apreciei muito o esforço humano e psicoteórico do investigador de evitar um esvaziamento completo de toda teoria anterior (algo que impediria qualquer tese) e também de não impor, de maneira apriorística, seu ponto de vista. A flexibilidade mental permitiu-lhe que tecesse, ao longo do estudo, a verdadeira teoria. Esta atitude de “observação participante” revelou-se muito frutuosa na elaboração da tese. Ademais, Eymard alimen-

---

<sup>2</sup> Doutor em Teologia pela Pontifícia Universidade Gregoriana (Roma), professor de Teologia do Centro de Estudos Superiores da Companhia de Jesus (Belo Horizonte) e escritor de numerosos livros, Libânio foi a pessoa que me introduziu no pensamento sociológico e filosófico e nas discussões sobre educação popular. Tive o privilégio de participar, desde o tempo de juventude, de um grupo (inicialmente de jovens) sob a sua coordenação.

ta-se da concepção de educação popular como uma atividade que reorienta a globalidade das práticas com que alguém se envolve. Por isso ela implica uma teoria em profunda articulação com a vida.

De fato, entendo que toda teoria se constrói ao longo do trabalho. Parte-se de um dado provisório, de uma pré-compreensão existente, de perguntas anteriores. É necessário algo inicial. Do nada, nada sai. No entanto, esse ponto inicial não é ainda a teoria final. É provisório. Precisa ser reformulado ao longo de todo o projeto. E esse trabalho se fez, no caso da tese, no diálogo com todos os envolvidos no processo.

Quanto mais o investigador conseguiu criar um clima empático de confiança, de convivência com a população da favela e com os profissionais de saúde, tanto mais consistente se construiu a sua reflexão teórica. Como se viu, não foi um processo contínuo, progressivo, mas antes cheio de conflitos, de idas e voltas, de avanços e recuos, de encontros e desencontros, de êxitos e derrotas. Extremamente positivo pareceu-me não capitular diante de nenhuma situação de fracasso, como se fosse pura perda. Os próprios insucessos, decepções, retrocessos são teorizáveis. E Eymard o fez com acuidade.

Confesso que aprendi muito de metodologia paciente no sentido de não passar por cima de nenhum fato ou dado sem perguntar pela lógica, motivação, regra subjacentes. Considero uma maneira muito valiosa de articular a pretensão lógica da modernidade com a tendência pós-moderna de sua desconfiança. Com efeito, enquanto o pesquisador se esforçava para entender as situações, para encontrar as regras culturais aí vigentes, respondia aos anseios da modernidade. Mas, no momento em que ele negava que essas regras se transformassem em teorias universais, em camisa-de-força para qualquer outra situação semelhante, mas via nelas singularidades irrepetíveis de momentos e lugares determinados, escapava do aspecto negativo da racionalidade moderna e assumia certo corte pós-moderno.

A tese equilibra-se bem entre os extremos de uma racionalidade moderna triunfante e de um descrédito cético pós-moderno. Houve sempre, por um lado, preocupação permanente de inteligibilidade, mesmo de situações paradoxais e aparentemente contraditórias. Para isso, armou-se de perspicácia analítica, apoiada em muitos estudos sérios. Por outro, insistiu-se muito na originalidade das relações, das motivações, das posturas das pessoas da periferia.

No fundo, também está em jogo uma compreensão do ser humano que o autor revela. Difere bastante da que preside a ciência moderna profundamente compartimentada, setorizada, em especializações cada vez mais reduzidas em extensão e avançadas em profundidade. O Eymard compartilha uma visão unitária do ser humano, ao mostrar como compreensões segmentadas podem induzir até mesmo a terapias médicas, ditas como tecnicamente corretas, mas ineficazes e até prejudiciais. A tese mencionou numerosos exemplos de diagnósticos perfeitos e remédios acertadamente prescritos que, ao desconhecer o contexto vital do paciente, produziram resultados pífios. Pais que não sabiam distinguir a hora da aplicação nem a ordem das medicações, de modo que as receitas se tornavam papel inútil e a doação dos remédios, um gasto perdido.

Percebi na trajetória da tese percurso muito parecido com o da Teologia da Libertação. Num primeiro momento, a Teologia da Libertação pagou reconhecido tributo à racionalidade moderna, crítica, de corte dialético e de influência marxista. Foi o momento de uma “Libertação da Teologia” (J. L. Segundo) dos ranços conservadores, de semânticas forjadas

por uma teologia pouco livre e crítica diante da cultura dominante. Foi um momento necessário de expurgo de entulhos teológicos, mas no ímpeto desse movimento atropelaram-se, não raras vezes, a religiosidade popular, os ritos e mitos religiosos do povo simples. Eles iam sendo enquadrados em esquemas gerais, forçados pela intelectualidade da libertação.

Já há décadas que outro movimento vem refrescando esses ares pesados e esquemáticos, descobrindo na cultura popular regras diferentes da relação com o Sagrado que não podem ser, sem mais, consideradas alienadas e alienantes. Refletem comportamentos e motivações, bem diferentes do proceder dos teólogos e agentes de pastoral (o correspondente aos médicos e agentes de saúde da tese). Essa diferença começou a ser levada a sério e a exigir mudança teórica dos teólogos e pastoralistas.

Nesse sentido, a tese de Eymard serve de referencial até mesmo para teólogos. Percebia a muito próxima do universo em que está a viver nos nossos dias a Teologia da Libertação. Houve realmente forte deslocamento da exclusividade de análises, reflexões e ações sobre as estruturas sociopolíticas e econômicas para as categorias étnicas, culturais, religiosas. Diálogos que Eymard descreve com os profissionais de saúde parecem reprodução exata de discussões travadas também em segmentos da Igreja da Libertação.

Não é de estranhar tal proximidade já que a educação popular esteve sempre muito perto da Teologia da Libertação, quer influenciando-a, quer sendo influenciada por ela. Não se pode esquecer que as experiências de Paulo Freire estão também na origem da Teologia da Libertação. E que na Igreja Católica se desenvolveu, de maneira libertadora, todo um Movimento de Educação de Base (MEB), nesse mesmo espírito, até seu esvaziamento por obra da repressão militar.

O anzol das doenças infecciosas e parasitárias que Eymard manejou, para pescar os peixes do saber, experiência, cultura populares corresponde, na Teologia da Libertação, às formas religiosas de procissão, bênçãos, promessas. A partir daí, lentamente, percebe-se que universo simbólico preside as ações religiosas do povo, tão facilmente criticadas de alienação, mas que exprimem, como ele várias vezes explicitou, resistência e dinâmica de vida própria de enfrentamento de forças de dominação cultural, em geral, e, religiosa, em particular.

A Teologia da Libertação adotou, na esteira da Ação Católica e da Constituição Pastoral *Gaudium et Spes* do Concílio Vaticano II, o método do ver, julgar e agir. Eymard também elaborou a sua teoria, correspondente ao julgar, não fundado em uma literatura acadêmica, que bem conhecia, mas no que ia vendo. O ver da realidade ia-lhe arrancando os elementos teóricos e não o contrário: transferindo e aplicando ao real um conjunto já elaborado de idéias. Evidentemente não se trata de um ver inocente, desprovido de qualquer grade teórica. Nenhum de nós é *tabula rasa* de idéias e conhecimentos. Cabe, sim, perguntar pela prioridade metodológica, pelo movimento interno do pensar.

A Teologia da Libertação optou pela dinâmica de ir construindo o seu sistema no confronto com o real. De maneira simples, Clodovis Boff resume tal movimento com quatro proposições. Tal procedimento teórico parece-se com o segredo da tese do Prof. Eymard. Trata-se de um pensar *da* realidade. A matéria privilegiada da tese vem da realidade da favela freqüentada pelo professor. A vida, as experiências, as relações, os jogos de poder, as necessidades, as buscas, os interesses, as expectativas, que germinavam

naquele mundo, foram sendo colhidas pela rede fina da observação aguda do doutorando. É um pensar *na* realidade. É o elemento extremamente rico de todo o percurso teórico. Todo o tempo a tese se foi construindo num contínuo estar na realidade, comprometido com a vida, as angústias, os problemas dos favelados. Várias vezes, Eymard refere-se a seu diário, onde ia anotando suas vivências, sua inserção na vida da população. Era uma inserção envolvente a ponto de ele colocar-se a suspeita metodológica, vinda das ciências assépticas, de se mantinha ou não a distância necessária do objeto de sua pesquisa. Como avançar teoricamente sem seguir à risca esse dogma do mundo científico positivista e objetivista? O trabalho fez-se também *para* a realidade. Eymard procurou elaborar um saber que ajudasse à própria população da favela e aos profissionais da saúde a modificarem seu comportamento, em vista de maior eficiência e melhores resultados no campo da saúde. Não havia uma simples finalidade estritamente acadêmica da obtenção de um título, mas a de gerar um conhecimento em vista da prática, da realidade. E, finalmente, a tese deixou-se freqüentemente criticar, nas suas teorias, *pela* realidade. A ampla bibliografia citada não era a única e talvez nem a mais importante referência crítica para o autor, mas a própria realidade. Ele submetia os autores estudados à crítica do real. Estabelecer a prática como instância crítico-teórica implica uma ousadia acadêmica gigantesca. Significa assumir seriamente um dos postulados básicos da pedagogia de Paulo Freire de que se produzem cultura, saber e conhecimento em todos os níveis. E o nível mais ligado ao real, a vida da população de uma favela, também ela gera conhecimentos que podem arvorar-se em instância crítica de saberes produzidos em outros lugares de conhecimento.

Para a teologia foi, de certa maneira, mais fácil ultrapassar as barreiras acadêmicas e estabelecer pontes com a realidade e então elaborar suas reflexões. Pois, no fundo, a teologia existe para alimentar a fé dessa mesma população. Como oferecer um alimento indigesto, que não faz parte do universo cultural de quem vai tomá-lo? Mas a pretensão, pelo menos mais comum, da medicina não é transmitir nenhum conhecimento médico ao povo, mas simplesmente, em tratando-o como objeto, aplicar-lhe as terapias. A única coisa, que a medicina curativa e técnica interessa conhecer do paciente, são os sintomas. Mas, hoje, com tantos recursos de exames até isso pode ser parcialmente dispensado. O médico da alta tecnologia criou um novo triângulo: sua ciência/tecnologia, os resultados dos exames e o campo de aplicação dos resultados dos dois primeiros elementos. O paciente transforma-se, portanto, simplesmente nesse espaço de experimento. Ora, Eymard rompe com essa linha hegemônica da medicina e defende na tese a importância fundamental da participação, não simplesmente individual do paciente, mas de toda a comunidade, como verdadeira teia de relações. Numa pala-vra mais exata, a doença é também cultural e só pode ser, se não curada, pelos menos cuidada, dentro da cultura do paciente.

A Teologia da Libertação endossa, cem por cento, essa tese, ao referir-se a seu campo de inteligência e à vivência da fé. Uma fé só é compreendida e vivida, não porque participa de uma ortodoxia canônica, mas à medida que é entendida e experimentada no interior de uma cultura. Em termos teológicos, escreve-se muito sobre o fenômeno da “inculturação”. O autor propugnou na sua tese uma “inculturação da medicina”, que implica verdadeira revolução. Com efeito, vive-se exatamente o contrário no mundo da alta medicina. Os médicos ambicionam estudar, freqüentar, aprender as tecnologias geradas nos centros mais

desenvolvidos do primeiro mundo para depois aplicá-las em nosso mundo, independentemente da cultura circunstante. A inculturação da medicina suporia contato mais profundo com a cultura onde se vai exercê-la, para que se consiga maior eficiência nos próprios tratamentos.

O fato de organizar-se em São Luís do Maranhão, em julho de 1997, um gigantesco Encontro Intereclesial de Comunidades Eclesiais de Base, com participação de umas três mil pessoas, majoritariamente das camadas populares, vindas de todo o país, para estudar o tema da relação entre a Igreja popular e as massas, reflete o desejo de aprofundar ainda mais o fenômeno da inculturação. Apesar de a Igreja ter-se inculturado bastante no meio popular com as comunidades de base, ela se julga ainda distante de outros amplos setores populares com que não consegue entrosamento por falta de percepção dos seus meandros cognitivos, afetivos, culturais. Isso vale ainda muito mais para profissionais e técnicos de saúde que não tiveram o tirocínio das comunidades de base.

Tem ultimamente aflorado muito a questão da relação entre as microiniciativas e as instituições maiores. De um lado, tem-se percebido a crescente inadequação das instâncias, à medida que se tornam maiores e se distanciam do campo direto de atuação. Substituem o conhecimento pelo autoritarismo. De outro lado, as microatividades não conseguem deslanchar sem o apoio de forças maiores. Sobrevivem por tempos curtos. A tese traz, quanto a essa questão, resultados interessantes. Defende intervenção alargada do Estado nos problemas sociais desde que articulada com os diversos atores da sociedade, considerando as subjetividades e particularidades dos indivíduos e dos grupos envolvidos. Faz-se mister a realização de pactos entre os diversos atores sociais, consolidados mediante construções culturais e arranjos materiais num processo de organização.

Difere da esquerda clássica, por esta não confiar nas iniciativas pessoais e grupais, lá em baixo, na base e privilegiar as estratégias de conquista do poder político do Estado. O autor aproxima-se mais do modelo de Igreja que as comunidades eclesiais de base advogam com seu trabalho capilar. No entanto, não embarca na onda neoliberal que encurta o Estado, fazendo-o apenas instrumento de garantia da iniciativa privada das pessoas ou/e das empresas. Não se trata, pois, de reduzir gastos públicos, nem de privatizar, nem de diminuir impostos, defendendo mais mercado e menos Estado. Mas de acreditar em investir na criação de espaços onde atuem diversos sujeitos ou grupos sociais em situações locais, em que as iniciativas privadas possam crescer, não seguindo a lógica do mercado (neoliberalismo), mas a da solidariedade. Reivindica-se uma estratégia de democratização e subordinação do Estado aos interesses e ritmos da população, tornando-a mais eficiente.

No fundo, reordena-se o Estado de modo que se coloca no centro, nem o interesse do mercado, nem o do próprio Estado, mas o que é melhor para a população, articulando os serviços públicos com redes locais de solidariedade social. O Estado tem certa dificuldade, quer de conhecer a real situação das bases, quer de organizar estratégias por causa da distância dos centros decisórios. Ora, os atores sociais, que se encontram junto das camadas populares e são a própria população, têm muito mais condição de viabilizar estratégias mais eficientes. Nessa proposta há três níveis de instâncias. Lá na base, estão os problemas e muitas das soluções em potencial. Lá na instância superior, há recursos, possibilidades de estratégias eficientes e abrangentes. A ponte entre as duas realidades, no caso da saúde pública, seriam os profissionais de saúde, desde que tenham um ponto de apoio no poder e

outro na cultura popular. A tese foi o exemplo vivo de tal iniciativa. Demonstra a sua eficiência.

Esse mesmo problema aflorou vivamente no Encontro Intereclesial de Comunidades Eclesiais de Base, citado acima. As bases percebiam-se bem próximas dos problemas e até anteviam muitas soluções, desde que outras instâncias lhes fornecessem um saber técnico (setor intermediário) e configurassem as ações com decisões políticas e subsídios necessários (setor político superior). Sem os três em ação conjunta, temos soluções claudicantes.

Sem querer incorrer em transposições apressadas, pode-se, contudo, encontrar na tese um método de “observação participante” a ser ampliado para muitos outros setores além da saúde, tanto no campo social como religioso.

Nesse sentido, a grave problemática da reforma agrária, de um lado, e a evangelização das massas, ambas em pauta nas instituições maiores do Estado e da Igreja, podem deixar-se iluminar por muitos elementos da tese. Por isso, é um texto que vai muito além do campo da medicina tropical, já que colocou balizas metodológicas mais amplas. Aí está sua riqueza e valor!

### 9.3 Sobre um novo modo para pensar e fazer saúde pública

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS<sup>3</sup>

ESSE LIVRO DE EYMARD MOURÃO DE VASCONCELOS busca descobrir novas maneiras para pensar e organizar a saúde pública. Esse é o tema geral de sua obra: fazer uma saúde pública centralmente comprometida com a defesa da vida. Tema muito caro a todos os descontentes com a inoperância e com o espírito tecnocrático reinante nas instituições encarregadas da saúde coletiva. Tema interessante para todos que não renunciaram à esperança de alterar esse estado de coisas, sabendo, ainda, conservar o espírito crítico.

Seria possível praticar uma Saúde Pública com eficácia técnica e de forma menos prescritiva, menos normativa e com a incorporação da participação das pessoas desde o momento de definição das prioridades até as etapas mais operacionais e voltadas diretamente para a defesa da saúde? Essa pergunta percorre todo o texto de Eymard.

Assim, quando ele me convidou para um diálogo e instigou-me a escrever sobre o que mais me impressionara em seu trabalho, aceitei o desafio. Aceitei porque seu livro também escancara e analisa um dos maiores dramas da sociedade brasileira: refiro-me à radical separação entre pobre e ricos. Somos como que duas, ou três, ou, talvez, até mesmo quatro nações distintas. A existência de diferenças culturais, econômicas e sociais muito marcadas terminaram produzindo modos de ser e de pensar quase que sem pontos de contato. Ou com entrelaçamentos mínimos. Eymard demonstrou isso ao narrar suas incursões em bairros da periferia de Belo Horizonte. Quando ele ou outros membros da equipe de um centro de saúde se metiam pelas ruas estreitas e perigosas onde vivia parte de sua clientela, eles se sentiam antropólogos visitando algum povo desconhecido. Eymard até se refere às experiências de Malinowski como um dos referenciais de que se teria valido para estudar as dificuldades de comunicação entre técnicos e populares. Malinowski foi um cientista sensível e humano, mas era um estrangeiro para as populações indígenas do Pacífico. Como Eymard subindo o morro, também ele simpático e aberto à lógica dos pobres, se sentia,

quase todo o tempo, um estranho, ao mesmo tempo, temeroso de ser agredido e temido pelo poder desconhecido que imaginavam que portava. A diferença, no caso Brasil, é que os dois grupos tinham uma mesma língua oficial (o português), embora se valessem de jargões próprios a cada agrupamento; e, legalmente, desfrutavam dos mesmos direitos e deveres, todos seriam “cidadãos” brasileiros. Mas o fosso era abissal, profundo. Trata-se, então, de um livro-denúncia?

Não, não há apenas essa constatação trágica. Há outras não menos surpreendentes. Os povos da periferia são pobres de quase tudo, mas têm lá também alguns tesouros escondidos. Falta-lhes dinheiro, moradia, saneamento básico, segurança e espaço para lazer. O acesso à saúde e à educação depende de esforço brutal, que nem sempre costuma ser bem-sucedido. E mais, aí, também entre os pobres, existe mesquinharia, competição exacerbada, crime e violência. No entanto, Eymard constata: a vida deles é muito mais complexa do que esta lista de carências. Essa desgraça não lhes explica toda a existência. Os pobres são muito mais complexos. Muitos são trabalhadores disciplinados, outros desempregados. Alguns são moralistas, outros boêmios. Entre eles há também solidariedade, paixão, afeto, amor e festa. Morte, tristeza e comemoração. Alienação e sabedoria. Conformismo medroso ou cínico e espírito de participação. Tudo aparece misturado, mesclado.

Ao trabalhador de saúde caberia reconhecer essas diferenças, caberia valorizar essa potencialidade humana e, com base nela, inventar, junto com o povo, outros modos de pensar e de viver a vida. Maneiras menos ásperas, mais solidárias. O problema estaria em como fazer isso, se até as linguagens se distanciaram. O discurso da saúde pública anda cada dia mais moralista, uma espécie de neo-higienismo, que costuma ser vertido em frases ininteligíveis para a maioria.

Eymard constata mais: os profissionais de saúde teriam perdido até mesmo a capacidade de escutar a fala dos populares. Afinal, a sociedade bem posta e também os trabalhadores de saúde têm desqualificado, ao extremo, as queixas incultas e repetitivas das mulheres pobres e sofridas, bem como dos alcoólatras, dos adolescentes sem futuro e de muitos outros grupos, em geral o que mais precisam de proteção e apoio.

Como reatar esses vínculos? Como estimular pessoas, famílias e agrupamentos a se produzirem como sujeitos das próprias vidas? Como amadurecer com eles o enfrentamento de dificuldades concretas? Como transformá-los em gerentes de sua própria saúde? Como desburocratizar as equipes de saúde, arrancando-as de uma insensibilidade que, cada dia, vem tornando-se mais monstruosa pela banalização? Como abrir os centros de saúde para serem permeados pelos verdadeiros problemas de saúde? Como organizar uma sociedade mais justa e mais democrática, em que haja maior participação e menor grau de manipulação da maioria trabalhadora pela elite dominante?

Eymard trata disso tudo. E ele se apóia em Paulo Freire e na educação popular para fundamentar suas propostas. Caberia a mim lembrar que existem hoje, fundadas em múltiplos referenciais teóricos diferentes, preocupações e iniciativas muito semelhantes à de Eymard. É

---

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva (Unicamp), professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, autor de vários livros como *Os médicos e a política de saúde*, *A saúde pública em defesa da vida*, e *Reforma da reforma: repensando a saúde*, todos editados pela Hucitec.

importante incrementar o diálogo entre essas experiências e esses referenciais. Gramsci também se preocupava com essas coisas quando pensava numa revolução que implicasse radicais transformações de hábitos culturais e morais. Alguns segmentos da esquerda democrática levantaram, antes, essas bandeiras, centralmente, quando trabalhavam o tema da democracia direta. O movimento de reforma da saúde mental encontrou caminhos próprios para vivenciar essas diretrizes no cotidiano e não somente em um futuro longínquo quando tudo estivesse transformado. O movimento institucionalista, os defensores da democratização das organizações, todos lutam por ampliar a capacidade de autogestão e de auto-análise de trabalhadores e da sociedade em geral.

Enfim, percebe-se, lentamente, a cristalização de uma concepção que procura não separar os fins dos meios, ou seja, a justiça e a democracia para serem alcançadas dependeriam de métodos e de movimentos justos e democráticos em sua organização e em sua vivência cotidiana. Começar hoje fazendo o que se promete para amanhã.

Identifico convergência entre as teses de Eymard e aquelas em que venho trabalhando nos últimos dez anos. Em meu livro, *Reforma da reforma* (Hucitec, 1992), bem como em artigos posteriores, sugeri a reorganização da rede de poderes e dos processos de trabalho de maneira a que as equipes de saúde estivessem, ao mesmo tempo, estrangidas, estimuladas e sendo preparadas para assumir novos padrões de autonomia e de responsabilidade. Grupos de operadores mais sujeitos do seu cotidiano seria a precondição necessária para se instituir saúde em uma perspectiva mais dinâmica e menos paternalista. Refiro-me à progressiva construção de maior autonomia também da clientela dependente de atenção clínica (hipertensos, diabéticos, portadores de distúrbios mentais, físicos ou de enfermidades de curso mais crônico). À utopia de pessoas (pacientes e profissionais) capazes tanto de defender seus interesses particulares, quanto de participar da construção de projetos coletivos para o futuro, reconhecendo interesses, necessidades e estabelecendo canais de negociação e de entendimento com outros sujeitos. Sem dúvida, os velhos métodos e instrumentos da política, da administração e da educação em saúde (todos eles tendentes a reduzir pessoas à condição de objetos manipuláveis) necessitam de amplas e radicais reformas

Eymard já está trilhando esse caminho. Seu livro não somente examina as velhas lógicas da Saúde Pública, como sugere novos modos de saber fazer, de fazer saúde com as pessoas interessadas. Vale a pena lê-lo, segui-lo, acompanhá-lo nesse movimento de construção de uma nova civilização, mais democrática, mais justa, um espaço em que as potencialidades de cada sujeito possam vir à luz e desenvolver-se.

#### **9.4 Os deslocamentos atuais do campo das ciências sociais em saúde: notas de uma orientadora**

**MERCÊS SOMARRIBA<sup>4</sup>**

ESTE TRABALHO REALIZADO POR EYMARD MOURÃO VASCONCELOS como tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da UFMG é extremamente inovador em vários aspectos.

Primeiramente, em lugar de se dedicar à pesquisa de uma “doença tropical” no espaço

restrito do laboratório, com base no paradigma biológico, Eymard opta por abordar um segmento dos chamados setores populares urbanos, que, por viver em condições extremas várias formas de carência — econômicas, sociais, políticas, culturais, afetivas — expõe-se a uma gama variada de doenças infecciosas e parasitárias. Este primeiro deslocamento realizado por Eymard assume significado radical se considerarmos o formato convencional das teses realizadas no âmbito dos Programas de Medicina Tropical.

Aqui, vale observar que, num primeiro momento, a opção de Eymard pelo grupo de famílias de desnutridos pareceu-me problemática. Ponderei com ele que a situação desse grupo minoritário era muito particular, não representando as condições vividas pelo conjunto das camadas populares que constituem a clientela dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, as conclusões de seu estudo não seriam generalizáveis. Mas, à medida que a pesquisa ia caminhando, foi-se tornando mais claro que a escolha desse pequeno grupo era plenamente defensável do ponto de vista metodológico. Por duas razões: embora minoritário, quantitativamente, o grupo é muito significativo do ponto de vista epidemiológico, já que pode atuar como foco na disseminação de doenças infecciosas e parasitárias na periferia urbana, com sua alta densidade demográfica e sua rede de contatos físicos e sociais; por viverem de forma exacerbada um conjunto de mazelas sociais, ambientais, econômicas, políticas, psicológicas, emocionais, as famílias de desnutridos podem constituir modelo típico-ideal no qual os traços encontráveis em maior ou menor medida no conjunto da sociedade, ou pelo menos no conjunto dos setores populares (a maioria da população), aparecem exacerbados e são, por isso mesmo, forte desafio à reflexão para a busca de soluções.

Em segundo lugar, o trabalho de Eymard guarda estreita sintonia com um conjunto de deslocamentos que se estão realizando no campo da saúde, atualmente, e que podem ser vistos como indicativos da progressiva superação do modelo da biomedicina e de sua substituição por novo paradigma de práticas de saúde.

O próprio objeto da prática médica tem-se alterado, em decorrência das mudanças no perfil das doenças. As doenças agudas e infecciosas, que implicam riscos de vida, foram em boa medida substituídas por doenças crônicas que, geralmente, não trazem para a vida risco imediato. E, por não serem suscetíveis a intervenções resolutivas, as condições crônicas têm levado a medicina a se deslocar do intervencionismo para o controle e o monitoramento, da cura para o cuidado, assumindo como tarefa sua a busca de melhoria ou alívio. Um efeito desse deslocamento é que profissões mais voltadas para o cuidado, como é o caso da enfermagem, que sempre mantiveram relações de subordinação com a medicina, sendo definidas também como paramédicas, adquirem atualmente mais autonomia e maior reconhecimento social.

Há, ainda, crescente percepção de que as doenças contemporâneas são, em boa medida, passíveis de prevenção. No nível individual, fatores ligados a estilos de vida (padrões alimentares, fumo, estresse, hábitos sedentários, etc.) são vistos agora como determinantes importantes das condições de saúde/doença; no âmbito coletivo ou estrutural, níveis de renda, condições de moradia, situação de emprego ou desemprego, etc. são percebidos como os principais responsáveis pelos níveis de saúde dos vários estratos e classes sociais

que compõem a população. Essa consciência crescente das estreitas relações entre saúde e condições econômicas, sociais e culturais tem forçado a medicina a mudar seu foco da doença para a saúde, do tratamento para a prevenção, levando-a a propor o deslocamento das respostas organizacionais às doenças do hospital para a comunidade; a localizar os centros de saúde junto dos locais de moradia; a formular modelos de atendimento integral (como é o caso dos programas de Saúde da Família, tão enfatizado por Eymard, e de Cidades Saudáveis, em adoção principalmente nos países desenvolvidos); a propor medidas voltadas para a alteração do meio ambiente e das oportunidades e estilos de vida considerados insalubres.

Ao adotar visão mais abrangente dos determinantes das doenças, a medicina passa a reconhecer que outras áreas de conhecimento têm contribuições relevantes a dar no campo da saúde. De fato, a necessidade de enfoque interdisciplinar ou transdisciplinar aos problemas de saúde, como o desenvolvido por Eymard, tem levado à composição de equipes multidisciplinares de saúde tanto no espaço hospitalar com nas unidades de cuidados primários. Já são freqüentes as situações em que os profissionais da medicina trabalham lado a lado com assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, antropólogos, desenvolvendo conjuntamente uma abordagem da pessoa doente que abrange aspectos variados como vínculos familiares e afetivos, condições de trabalho e de renda, crenças e valores relacionados com saúde e doença, estilos de vida e de consumo, etc. A convergência de todos esses enfoques força a medicina a realizar um deslocamento em direção à vida cotidiana das pessoas, passando a encarar essas últimas não mais como pacientes ou receptores passivos do cuidado médico e sim como agentes cujos valores, hábitos, crenças e conhecimentos devem ser levados em conta na prescrição de cuidados com a saúde.

Em resumo, o trabalho de Eymard é coerente com a urgente mudança de foco da medicina atual da doença para a saúde; do hospital para a comunidade; do agudo para o crônico; da cura para a prevenção; da intervenção para o monitoramento; do tratamento para o cuidado; do paciente para a pessoa. Essa coerência fica evidenciada quando Eymard diz que os problemas das famílias em situação de risco “são muito profundos e complexos para serem curados, mas não para serem cuidados”.

Finalmente, o trabalho de Eymard guarda estreita sintonia com deslocamentos que vêm ocorrendo no campo das ciências sociais e que se relacionam ao que tem sido caracterizado como a *retomada do sujeito* ou a *busca do significado*.

Sob a crise mais geral dos “paradigmas estruturalistas”, manifestada nas ciências sociais brasileiras nos anos 80, boa parte dos estudos sociológicos que tematizavam a saúde passaram a se ocupar mais da dimensão subjetiva da ação social, enfocando o binômio saúde-doença como construção social, adotando enfoques de escopo microssociológico, valorizando a perspectiva antropológica com ênfase na organização simbólica da doença e das práticas terapêuticas.

No caso da interação da medicina com as ciências sociais, é possível dizer que esta se

---

<sup>4</sup> Socióloga, doutora pela University of Sussex, Inglaterra, professora titular do Depart. de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Mercês tem se dedicado ao estudo dos movimentos sociais urbanos e do setor saúde.

intensificou nos últimos vinte, vinte e cinco anos, quando passou a haver busca mais sistemática e intensa das contribuições das ciências sociais para o saber médico ou, mais amplamente, para a produção de conhecimentos na área de saúde. Essa busca decorreu, em boa medida, da chamada crise da saúde, que se expressou, especialmente, pela consciência crescente das limitações epistemológicas do modelo da biomedicina, dos custos cada vez maiores da assistência à saúde, dos resultados questionáveis dessa elevação de custos para a melhoria dos níveis de saúde, da degradação do trabalho médico trazida pelo enfraquecimento da prática liberal e pelo progressivo assalariamento da mão-de-obra médica.

Entre nós, todos os mencionados ingredientes da chamada crise da saúde começam a se manifestar com maior clareza nos anos 70, quando eram ainda muito vigorosas nas ciências sociais brasileiras as orientações teóricas de corte marxista. Foi nessa fonte que os profissionais da área médica beberam, em sua busca simultânea de um marco conceitual capaz de ajudá-los a equacionar e contextualizar as perplexidades que viviam no campo profissional e a conjuntura política autoritária do país. E foi um marxismo geralmente esquemático e abstrato que alimentou, até recentemente, as reflexões desenvolvidas pelos profissionais de saúde, particularmente nos departamentos de medicina preventiva e social e entre os sanitaristas, mesmo depois que esse modelo havia entrado em franco declínio no campo das ciências sociais.

O trabalho de Eymard guarda estreita sintonia com os novos enfoques das ciências sociais: foge às explicações totalizantes e abstratas e busca na reconstituição cuidadosa do cotidiano de um segmento dos setores populares, e na análise da subjetividade dos membros das famílias de desnutridos e dos profissionais atuantes no Centro de Saúde elementos de valor explicativo; procura articulá-los a características macroestruturais — divisão da sociedade em classes e outras hierarquias sociais, natureza excludente do Estado brasileiro, etc. — para compor uma compreensão mais concreta dos mecanismos de produção e reprodução da insalubridade crônica vivida pelos mais carentes; ensaia estratégias de transformação das relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde tendo em vista romper com a “máquina burocrática do setor saúde”. Esse último tipo de deslocamento realizado por Eymard está expresso claramente na dedicatória cheia de ironia “aos modernos barões e duquesas” do setor saúde que o teriam instigado a realizar seu trabalho “por suas desconsiderações sobre a complexidade da dinâmica da relação entre os serviços de saúde e a população”.

No mais, orientar Eymard foi uma experiência rica intelectual e afetivamente.





- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello  
*Ensaio Médico-Sociais*, Samuel Pessoa  
*Medicina e Política*, Giovanni Berlinguer  
*O Sistema de Saúde em Crise*, Carlos Gentile de Mello  
*Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula  
*Saúde nas Fábricas*, Giovanni Berlinguer  
*Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente*, Laura Conti  
*Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde*, Ivar Oddone et al  
*Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru*, David Capistrano Filho (org.)  
*Os Médicos e a Política de Saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Desigualdade*, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan  
*Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo*, Carlos Augusto Monteiro  
*Saúde do Trabalhador*, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho  
*A Doença*, Giovanni Berlinguer  
*Reforma Sanitária: Itália e Brasil*, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Educação Popular nos Serviços de Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Processo de Produção e Saúde*, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega  
*Trabalho em Turnos e Noturno*, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer  
*Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública)*, Danilo Fernandes Costa,  
 José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi & Ubiratan de Paula Santos  
*A Saúde das Cidades*, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida  
*Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social*, Cristina Possas  
*Saúde Não se Dá, Conquista-se*, Demócrito Moura  
*Planejamento sem Normas*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes  
*Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil*, Cristina Possas  
*Tópicos de Saúde do Trabalhador*, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colacioppo  
*Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais*, Joan-Ramon Laporte et al.  
*Educação Médica e Capitalismo*, Lília Blima Schraiber  
*SaúdeLoucura 1*, Antonio Lancetti et al  
*Desinstitucionalização*, Franco Rotelli et alii  
*Programação em Saúde Hoje*, Lília Blima Schraiber (org.)  
*SaúdeLoucura 2*, Félix Guatarri, Gilles Deleuze et al.  
*Epidemiologia: Teoria e Objeto*, Dina Czeresnia Costa (org.)  
*Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera*, John Snow  
*Hospital, Dor e Morte Como Ofício*, Ana Pitta  
*A Multiplicação Dramática*, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky  
*Cinco Lições Sobre a Transferência*, Gregorio Baremblitt  
*A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Epidemiologia da Saúde Infantil*, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora  
*Juqueri, o Espinho Adormecido*, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel  
*O Marketing da Fertilidade*, Yvan Wolffers et alii  
*Lacantroças*, Gregorio Baremblitt  
*Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital?* Lea Beatriz Teixeira Soares  
*Minhas Pulgas*, Giovanni Berlinguer  
*Mulheres: Sanitaristas de Péis Descalços*, Nelsina Mello de Oliveira Dias  
*Epidemiologia — Economia, Política e Saúde*, Jaime Breilh  
*O Desafio do Conhecimento*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*SaúdeLoucura 3*, Herbert Daniel et al.  
*Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Maria do Carmo Leal et al.  
*Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde*, Emanuel de Kadt & Renato Tascia  
*A Saúde Pública Como Política*, Emerson Elias Merhy  
*Sistema Único de Saúde*, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos  
*Reforma da Reforma*, Gastão Wagner S. Campos  
*O Município e a Saúde*, Luiza S. Heimann et al  
*Epidemiologia Para Municípios*, J. P. Vaughan  
*Distrito Sanitário*, Eugênio Vilaça Mendes  
*Psicologia e Saúde*, Florianita Braga Campos (org.)  
*Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*, Maria E. X. Kalil (org.)  
*Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical*, Franca Ongaro Basaglia  
*Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico*, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarondo  
*O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*, Lília Blima Schraiber

*O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil*, Maria Cecília de Souza Minayo  
*Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus*, Neiry Primo Alessi et al  
*Ruído: Riscos e Prevenção*, Ubiratã de Paula Santos (org.)  
*Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania*, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes  
*Saúde Loucura 4*, Gregorio Baremlitt et al  
*Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*, Paulo Capel Narvai  
*Manual de Saúde Mental*, Benedetto Saraceno et al  
*Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida*, Maria Inês Nogueira  
*Saber Preparar Uma Pesquisa*, André-Pierre Contandriopoulos et al  
*Pensamento Estratégico e Lógica da Programação*, Mario Testa  
*Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*, Suéli G. Dallari  
*Inventando a Mudança na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al  
*Uma História da Saúde Pública*, George Rosen  
*Drogas e Aids*, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos  
*Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves  
*Epidemiologia e Emancipação*, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres  
*Razão e Planejamento*, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy  
*Os Muitos Bras: Saúde e População na Década de 80*, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)  
*Da Saúde e das Cidades*, David Capistrano Filho  
*Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças*, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra  
*Aids: Ética, Medicina e Tecnologia*, Dina Czeresnia et al  
*Aids: Pesquisa Social e Educação*, Dina Czeresnia et al  
*Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte*, Ana Cristina d'Andretta Tanaka  
*Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)  
*Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha*, Maria da Penha C. Vasconcelos (coord.)  
*Medicamentos, Drogas e Saúde*, E. A. Carlini  
*Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez  
*Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde?* José Augusto Cabral de Barros  
*Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, Regina Giffoni Marsiglia  
*Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*, Carlos Augusto Monteiro (org.)  
*Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*, Ana Maria Canesqui  
*O "Mito" da Atividade Física e Saúde*, Yara Maria de Carvalho  
*Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios*, Aurea M. da Rocha Pitta  
*Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão*, Maria Lúcia Magalhães Bosi  
*Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptista Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)  
*Nutrição, Trabalho e Sociedade*, Solange Veloso Viana  
*Uma Agenda para a Saúde*, Eugênio Vilaça Mendes  
*A Construção da Política Nacional de Medicamentos*, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)  
*Ética da Saúde*, Giovanni Berlinguer  
*A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde*, Sílvio Fernandes da Silva  
*Reabilitação Psicossocial no Brasil*, Ana Pitta (org.)  
*Saúde Loucura 5*, Gregorio Baremlitt (org.)  
*Saúde Loucura 6*, Eduardo Passos Guimarães (org.)  
*Assistência Social e Cidadania*, Antonio Lancetti (org.)  
*Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia*, José Ricardo de Mesquita Aires  
*Ciências Sociais e Saúde*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Agir em Saúde*, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)  
*Contra a Maré à Beira-Mar*, Florianita Braga Campos & Cláudio Maierovitch  
*Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial*, Ana Marta Lobosque  
*Modelos Tecnossistêmicos em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva*, Aluísio Gomes da Silva Junior  
*Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social*, Nilson do Rosário Costa  
*A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*, Gilberto Hochman  
*O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*, Ines Lessa (org.)  
*Malária e Seu Controle*, Rita Barradas Barata  
*O Dengue no Espaço Habitado*, Maria Rita de Camargo Donalísio  
*A Organização da Saúde no Nível Local*, Eugênio Vilaça Mendes (org.)  
*Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco*, Alice Itani  
*Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil*, Laura Feuerwerker  
*A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo*, Luis Jacintho da Silva  
*Malária em São Paulo: Epidemiologia e História*, Marina Ruiz de Matos  
*Civilização e Doença*, Henry Sigerist  
*Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)

*A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho*, Eleonora Menicucci de Oliveira  
*Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*, Loren Galvão & Juan Díaz (orgs.)  
*A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 “Um Olhar Analítico” — Tomo 2 “As Vozes dos Protagonistas”*, Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Ilanos C. (orgs.)  
*Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde*, Ediná Alves Costa  
*Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento*, Everardo Duarte Nunes  
*Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médio*, Ana Maria Canesqui (org.)  
*Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*, Eymard Mourão Vasconcelos  
*Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*A Ciência da Saúde*, Naomar de Almeida Filho  
*A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril*, José Carlos “Cacau” Lopes  
*Da Arte Dentária*, Carlos Botazzo  
*Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó*, Aparecida Linhares Pimenta (org.)  
*Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas*, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel  
*SaúdeLoucura 7*, Antonio Lancetti (org.)  
*Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil*, José Serra  
*SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento*, Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
*A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)  
*Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas*, Sílvio Fernandes da Silva  
*A Cor-Agem do PSF*, Maria Fátima de Souza  
*Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*, Maria Fátima de Souza  
*A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano*, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)  
*Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*, Emerson Elias Merhy  
*Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados*, Laura Feuerwerker  
*Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas*, Jadete Barbosa Lampert  
*Os Sinais Vermelhos do PSF*, Maria Fátima de Sousa (org.)  
*O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica*, Rosana Onocko Campos  
*Saúde Paidéia*, Gastão Wagner de Sousa Campos  
*Biomedicina, Saber e Ciência: Uma Abordagem Crítica*, Kenneth R. de Camargo Jr.  
*Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas*, Marcos Drumond Júnior  
*A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*, Arthur Hyppólito de Moura  
*Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica*, Djalma Agripino de Melo Filho  
*O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*, Emerson Elias Merhy et al  
*Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica*, Madel T. Luz  
*Acolher Chapecó: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho*, Túlio Batista Franco et al.  
*Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*, João José Neves Marins  
*Proteção Social. Dilemas e Desafios*, Ana Luíza d’Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)  
*O Público e o Privado na Saúde*, Luíza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)  
*O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade*, Maria Solange Gomes Dellaroza & Marli Terezinha Oliveira Vanucchi (orgs.)  
*A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*, Gustavo Tenório Cunha  
*Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*, Sérgio Resende Carvalho





