



VEPOP-SUS

Este livro está sendo publicado por iniciativa do Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP-SUS – Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS. Esse Projeto é uma iniciativa de apoio e fomento às experiências brasileiras de extensão universitária na linha da Educação Popular em Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde a partir da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Atua a partir de pesquisadores e consultores ancorados na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Uma de suas frentes de atuação é o apoio ao desenvolvimento e divulgação de publicações relevantes para o aperfeiçoamento da extensão universitária.

**EXISTE UM FOSSO ENORME
SEPARANDO O ATENDIMENTO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
E A VIDA DA POPULAÇÃO**

**ALGUNS
EM DIVERSOS RECANTOS DO BRASIL
NÃO SE CONFORMAM
BUSCAM CONSTRUIR PONTES
TRANSPOR O FOSSO**



VEPOP-SUS



Ministério
da Saúde

SGEP
SGTES



ISBN: 978-85-8404-114-5



SAÚDE NAS PALAVRAS E NOS GESTOS

**EYMARD MOURÃO VASCONCELOS
ERNADE VALENTIN DO PRADO**

A SAÚDE NAS PALAVRAS E NOS GESTOS

REFLEXÕES DA REDE DE
EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

**2ª EDIÇÃO
REVISTA E
AMPLIADA**

EDITORA HUCITEC

O trabalho em saúde é muito mais que fazer consertos físicos e bioquímicos em órgãos com defeito do corpo humano, pois a crise trazida pelos problemas de saúde e o ardor da luta pela saúde envolvem o profissional nos dilemas mais profundos do existir. Temos acesso a uma dimensão desarrumada da vida humana que poucos conhecem. Podemos participar de processos edificantes de reconstrução do existir ou de desabamentos catastróficos de vidas familiares. Nessa lida, nossos grandes instrumentos terapêuticos são a escuta, a presença, as palavras e os gestos. Como usá-los?

Há um rico saber de manejo desses instrumentos, acumulado milenarmente ao longo da história. Mas esse saber foi desprezado pelo modelo médico dominante no século XX. Assistimos, no entanto, a um movimento de retomada de sua valorização, principalmente a partir da expansão de sistemas nacionais de saúde organizados com base na atenção primária à saúde.

O movimento da Educação Popular em Saúde vem sendo protagonista de inúmeras experiências comunitárias de saúde inovadoras, que apontam para um modelo de trabalho que avança não apenas no sentido de uma assistência integral aos problemas individuais, mas também para o enfrentamento de problemas estruturais geradores de adoecimento, bem como a construção de uma atuação voltada para a reconstrução da nação a partir da utopia da solidariedade e justiça social.

Não basta, porém, alguns saberem assim atuar. É preciso que esse “saber fazer” se generalize nas instituições e nas práticas sociais.

A primeira edição desse livro, em 2001, teve grande repercussão. Quase duas décadas mais tarde, estamos podendo lançar uma segunda edição amplamente revista e atualizada.

Capa: Helena Lima

Saúde em Debate 140
direção de
Gastão Wagner de Sousa 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 por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrifiquem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-1592).
Ensaíos. “Da semelhança dos pais com os filhos”.
Trad. Sérgio Milliet

SAÚDE EM DEBATE
TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2014

- 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 Leandro 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 Aneiros 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 Perêz 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.)
- Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma*, Carlos Augusto Monteiro & 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
- Uma ou Várias? IdentidadeS para o Sanitarista!*, Allan Gomes de Lorena & Marco Akerman
- O CAPSI e o desafio da Gestão em Rede*, Edith Lauridsen-Ribeiro & Cristiana Beatrice Lykouroupolos (orgs.)
- Rede de pesquisa em Mangueiras: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*, Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein (orgs.)
- Saúde e Atenção Psicossocial nas Prisões: um olhar sobre o Sistema Prisional Brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina*, Walter Ferreira de Oliveira & Fernando Balvedi Damas
- Reconhecer o Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: o que queremos reformar hoje? I Mostra de Práticas em Saúde Mental*, Gastão Wagner de Sousa Campos & Juliana Azevedo Fernandes (orgs.)
- Envelhecimento: um Olhar Interdisciplinar*, Lina Faria, Luciana Karen Calábria & Waneska Alexandra Alves (orgs.)
- Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: Proteger, Viagiar, Regular*, Ana Figueiredo
- Formação e Educação Permanente em Saúde: Processos e Produtos no Âmbito do Mestrado Profissional*, Mônica Villela Gouvêa, Ândrea Carsoso de Souza, Gisella de Carvalho Queluci, Cláudia Mara de Melo Tavares (orgs.)
- História da Saúde no Brasil*, Luiz Antonio Teixeira, Tânia Salgado Pimento & Gilberto Hochman (orgs.)
- Saúde, Sociedade e História*, Ricaro Bruno Mendes-Gonçalves, José Ricardo Ayres & Liliana Santos (orgs.)
- Caminhos do aprendizado na Extensão Universitária: educação popular e a pedagogia da participação estudantil na experiência da articulação nacional de extensão popular (Anepop)*, Pedro José Santos Carneiro Cruz & Eymard Mourão Vasconcelos
- Políticas, Tecnologias e Práticas em Promoção da Saúde*, Glória Lúcia Alves Figueiredo & Carlos Henrique Gomes Martins (orgs.)
- Políticas e Riscos Sociais no Brasil e na Europa: Convergências e Divergências*, Isabela Soares Santos & Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (orgs.)
- O Apoio Paideia e Suas Rodas: reflexões sobre práticas em saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Mariana Dorsa Figueiredo & Mônica Martins de Oliveira (orgs.)
- Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Juliana Azevedo Fernandes, Cristiane Pereira de Castro & Tatiana de Vasconcelos Anéas (orgs.)
- Trabalhar no SUS: Gestão, Repercussões Psicossociais e Política de Proteção à Saúde*, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Patrícia Martins Goulart & Virginia Junqueira (orgs.)
- Reforma Sanitária Brasileira e Políticas Farmacêuticas 1976-2014*, Tatiane de Oliveira Silva Alencar
- Educação Popular no Sistema Único de Saúde*, Bruno Oliveira de Botelho, Eymard Mourão Vasconcelos, Daniela Gomes de Brito Carneiro, Ernande Valentin do Prado & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)
- Educação Popular em Saúde. Desafios Atuais*, Pedro José Carneiro Cruz (org.)

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

A Saúde nas Palavras e nos Gestos

Reflexões da
Rede de Educação Popular e Saúde

de Eymard Mourão Vasconcelos na Hucitec

Educação Popular nos Serviços de Saúde

Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família

A Espiritualidade do Trabalho em Saúde
(organizador)

Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde
(com Lia Haikal Frota & Eduardo Simon)

*Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões
com Base em uma Experiência*
(organizador com Pedro José Santos Carneiro Cruz)

*Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação
Nacional de Extensão Popular (Anepop)*
(organizador com Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias
Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmiento & Murilo Leandro Marcos)

Educação Popular no Sistema Único de Saúde
(organizador com Bruno Oliveira de Botelho, Daniela Gomes de Brito
Carneiro, Ernande Valentin do Prado & Pedro José Santos Carneiro Cruz)

Eymard Mourão Vasconcelos
Ernande Valentin do Prado
ORGANIZADORES

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

segunda edição

Hucitec Editora
São Paulo, 2017

© Direitos autorais, 2017, da organização, de
Eymard Mourão Vasconcelos
e Ernande Valentin do Prado
Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.,
Rua Águas Virtuosas, 323
02532-000 São Paulo, SP.
Telefone (55 11 2373-6411)
www.huciteceditora.com.br
lerereleer@huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Coordenação editorial
MARIANA NADA

Assessoria editorial
MARIANGELA GIANNELLA

Circulação
comercial@huciteceditora.com.br / jmrlivros@gmail.com
Tel.: (11)3892-7772 – Fax: (11)3892-7776

CIP-Brasil. Catalogação-na-Fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

S272
2. ed.

A saúde nas palavras e nos gestos : reflexões da rede de educação popular e saúde/
organização Eymard Mourão Vasconcelos , Ernande Valentin do Prado. - 2. ed. -
São Paulo : Hucitec, 2017.

272 p. ; 21 cm. (Saúde em debate ; 140)

Inclui índice
ISBN 978-85-8404-114-5

1. Saúde pública. 2. Promoção da saúde. 3. Política de saúde. 4. Medicina
preventiva. I. Vasconcelos, Eymard Mourão. II. Prado, Ernande Valentin do. III.
Série.

17-44740

CDD: 362.10981
CDU: 614.2(81)

NOTA DOS ORGANIZADORES

A elaboração da segunda edição desse livro foi possível com contribuição da equipe do Projeto de Pesquisa e Extensão Vepop-SUS — Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS, que, com apoio do Ministério da Saúde, vem procurando articular e apoiar iniciativas de reorientação da formação em saúde, principalmente pela extensão universitária, com o olhar da Educação Popular em Saúde.

Esse Projeto é uma ação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pneps-SUS), coordenada e ancorada na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Eymard Mourão Vasconcelos e Ernande Valentin do Prado são atualmente pesquisadores do Vepop-SUS. Tiveram ainda importância central, nessa elaboração, a também pesquisadora Daniela Gomes de Brito Carneiro, que ajudou a avaliar os textos modificados, e os bolsistas Tamyrys Fernandes Vilar Bento e Alberto Holanda Pimentel Neto (estudantes dos cursos de Biotecnologia e Bacharelado em Tradução da UFPB, respectivamente), que fizeram a revisão ortográfica e formatação dos textos.



Aos profissionais de saúde que teimosamente dedicam grande parte de suas energias, sonhos e emoções à população, apesar da cultura de alienação e individualismo dominante entre seus colegas e das amplas dificuldades institucionais que enfrentam.

Aos que estão permanentemente indignados com o sofrimento, a injustiça e a desigualdade entre os seres humanos e buscam, através de seu fazer na saúde, meios de enfrentamento.

À experiência tremenda de misterioso e intenso fascínio que acontece no encontro terapêutico com os que sofrem e na participação em lutas comunitárias solidárias, que tanto transforma a vida de profissionais de saúde, dando sentido e paixão para seu duro trabalho e lhes ensinando novos caminhos do amor.



Sumário

15 PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

Introdução

19 REDEFININDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE A PARTIR DA EDUCAÇÃO POPULAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Eymard Mourão Vasconcelos

Comentário à Introdução

34 A EDUCAÇÃO POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE

Carlos Rodrigues Brandão

Comentário à Introdução

40 UMA NOVA SENSIBILIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Mônica de Assis

44 VIAGEM PELOS CAMINHOS DO CORAÇÃO: UMA ABORDAGEM EM VERSO E PROSA SOBRE AS POSSIBILIDADES E LIMITES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Iracema de Almeida Benevides

90 “CONVERSÃO À POBREZA”, UM CONCEITO FUNDA- MENTAL PARA COMPREENDER A FORMAÇÃO DE MUITOS EDUCADORES POPULARES

Victor Vincent Valla

- 96 VICTOR VALLA, UM EDUCADOR QUE INCORPOROU A EDUCAÇÃO POPULAR COMO ATITUDE DE VIDA: HOMENAGEM AO GRANDE MESTRE DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE
Eymard Mourão Vasconcelos
- 111 DE POVO DE DEUS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DOMESTICADORA: MUDANÇAS E PASSASENS EM DUAS DÉCADAS DE EDUCAÇÃO POPULAR COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
Helena Maria Scherlowski Leal David
- 136 HIGIOMANIA: A OBSESSÃO COM A SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
Roberto Passos Nogueira
- 147 ENSAIO SOBRE PALMARES
Maria Amélia Medeiros Mano
- 167 GESTÃO PARTICIPATIVA, CONTROLE SOCIAL E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: SOCIALIZANDO SABERES E PRÁTICAS
José Ivo dos Santos Pedrosa
- 186 A EDUCAÇÃO POPULAR E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
Renata Pekelman, Margarita S. Dierck, Ananyr P. Fajardo, Bárbara Raupp
- 199 A POPULARIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA FREIRIANA: CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE
Adilson S. Marques
- 211 CAMINHOS DE UMA FORMAÇÃO PROFISSIONAL SENSÍVEL AOS SENTIMENTOS E ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA HISTÓRIA DE VIDA
Ernande Valentim do Prado, Daniela Gomes de Brito Carneiro, Eymard Mourão Vasconcelos

240 DE PALAVRAS-SÍMBOLO E DE IMAGENS-ESTRELA:
SOBRE “LEVEZA”, “INCOMPLETUDE”, E “SER MAIS” NO
MUNDO PENSADO E IMAGINADO DA SAÚDE COLE-
TIVA

Julio Alberto Wong Un

264 IR ALÉM DO CONTROLE SOCIAL: O SIGNIFICADO DA
REDEFINIÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA A
DEMOCRATIZAÇÃO DO SUS E DA NAÇÃO

Eymard Mourão Vasconcelos



Prefácio à Segunda Edição

O LIVRO *A saúde nas palavras e nos gestos*, organizado por Eymard Mourão Vasconcelos e lançado em 2001, foi uma grande inspiração. Não o li no lançamento, quando era estudante no curso de enfermagem, preocupado em decorar anatomia, compreender bioquímica e fisiologia para não ficar nas avaliações finais. Devo ter lido por volta de 2006 ou 2007, então recém-saído da faculdade e tentando redefinir as práticas no serviço de saúde em Rio Negro (MS), onde tive minha primeira oportunidade de trabalho como enfermeiro.

As dificuldades eram imensas, não exatamente porque não tivesse ideia do que fazer, mas principalmente porque compreendia estar, naquele momento, “pregando no deserto”. Em determinadas ocasiões acreditava que não valia a pena continuar teimando com uma questão que não mobilizava os colegas do serviço, que pareciam satisfeitos com suas práticas junto à população. A impressão era que “na prática a teoria era outra”, como alguns professores diziam na graduação.

O *Saúde nas palavras e nos gestos* contribuiu para que eu entendesse que não estava sozinho, que outros também sentiam a necessidade de redefinir as práticas, encarnar os princípios da Educação Popular na Atenção Primária em Saúde (APS). Durante a leitura encontrei exemplos inovadores de ações que aconteciam

em outros lugares, a partir do desejo de fazer mais do que o mínimo que já se fazia desde sempre, de ser mais. Os autores que usavam as palavras traduziam o meu desejo de fazer outra Estratégia Saúde da Família (ESF). Discutiam práticas, saberes apropriados, possibilidades de diálogos com os movimentos sociais, com os usuários, a igreja, a academia, com os trabalhadores, a gestão. Evidenciavam como o saber popular se manifestava nas soluções encontradas pela população para o enfrentamento de suas condições de vida e que isso precisava ser reconhecido como legítimo nos serviços de saúde.

Muitos livros que discutem a APS caem no senso comum de se caracterizarem simplesmente por leituras de verdades imaginadas por teóricos pensantes distanciados, que se mostram logo mais habilidosos com a palavra escrita do que conhecedores da realidade da qual imaginavam estar falando. No caso do *Saúde nas palavras e nos gestos*, os autores falavam, quase sempre, de uma realidade na qual estavam imersos. Mesmo quando a discussão era teórica, a sensação de proximidade com o tema e com os leitores se mantinha evidente uma vez que convidavam e se disponibilizavam para novos debates na Lista de Discussão da Rede de EPS,¹ que era extremamente importante naqueles anos. A possibilidade de poder continuar a conversa na Lista conferia credibilidade.

Por essas lembranças, o livro sempre foi um dos mais importante que li e efetivamente me ajudou a ser o profissional de saúde que imaginei e quis ser, quando estudante. Tenho certeza que esse livro foi uma peça-chave não somente na minha trajetória mas também na de muitos outros profissionais. Hoje o *Saúde nas palavras e nos gestos* é referência em diversos concursos nas áreas de Atenção Primária, de Educação e Promoção em Saúde, de Educação Popular em Saúde, em seleções de mestrado, douto-

1 Nesta época a lista de discussão da Rede de Educação Popular e Saúde (Redepop) contava com aproximadamente oitocentos participantes. Profissionais dos serviços de atenção básica, gestores, acadêmicos e lideranças de movimentos sociais trocavam dezenas de mensagens por dia, centenas por semana. Essa lista ainda existe hoje, em sua segunda versão. Para inscrever-se na lista de discussão da Redepop basta acessar o *site* <<http://www.ccm.ufpb.br/redepopsaude/>>.

rado, especializações e sobretudo em artigos e capítulos de livros que usam o referencial da educação popular. Textos do livro também constam como leitura obrigatória e complementar em inúmeros cursos da área de saúde espalhados por instituições públicas e privadas, transcendendo as profissões, contribuindo para construção da transdisciplinaridade nos cursos. Ouso dizer que é um clássico no que diz respeito à Educação Popular em Saúde. Mas um clássico que teve sua primeira edição esgotada em três anos e não mais foi reeditado.

Estou feliz que finalmente a segunda edição esteja acontecendo. Sinto-me honrado em fazer parte desta construção junto ao Eymard e à Daniela, pessoas as quais tenho afeto, respeito e admiração. O desejo, ao aceitar tal empreitada, foi honrar o autor e os autores que vieram antes de mim e, pretensiosa e vaidosamente, contribuir para renovação das utopias de outros profissionais que ainda buscam redefinir as práticas nos serviços de saúde. Redefinição e renovação são eternamente necessárias.

Estamos vivendo hoje novos tempos. A discussão sobre educação popular no SUS expandiu com a aprovação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no ano de 2013. Mas a luta pela institucionalização da educação popular absorveu o coração e o tempo de grande parte dos militantes mais ativos do movimento. As discussões sobre os caminhos da reorientação das práticas de saúde dos serviços locais pela educação popular perdeu a centralidade nos debates. Os educadores populares que atuam no cotidiano dos serviços de saúde ficaram mais desamparados com o menor investimento na produção e difusão de textos para referenciar seus esforços de reorientar as práticas de saúde na perspectiva de fortalecimento da vida plena, cidadania, democracia e a justiça social.

Por isso, é uma grande alegria podermos finalmente oferecer essa nova edição, extremamente renovada, deste clássico da educação popular em saúde.

— ERNANDE VALENTIN DO PRADO



INTRODUÇÃO

Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde

Eymard Mourão Vasconcelos*

HÁ UM GRANDE FOSSO separando o atendimento dos serviços de saúde da vida cotidiana da população. A maioria dos profissionais de saúde pouco conhece a dinâmica familiar e comunitária de convivência e enfrentamento dos problemas de saúde, principalmente das classes populares. Para eles, as atitudes e falas dos usuários dos serviços parecem desconexas e estranhas. Esse desconhecimento tem gerado práticas de saúde marcadas pelo paternalismo, vanguardismo ou autoritarismo.

O esforço dos profissionais de saúde tem-se concentrado internacionalmente no desenvolvimento e na aplicação de técnicas medicamentosas, cirúrgicas, eletrônicas e de manipulação corporal que atuam no processo de adoecimento e de cura em nível biológico, voltando-se essencialmente para o enfrentamento de doenças específicas. São iniciativas que não se integram ao esforço que as classes populares já vêm fazendo para enfrentar seus problemas de saúde. Tradicionalmente, pouco se investe no esforço

* Médico, com especialização em Medicina Interna; Mestrado em Educação, doutorado em Medicina Tropical e pós-doutorado em Saúde Pública. É professor aposentado da Universidade Federal da Paraíba e pesquisador do Projeto de Pesquisa e Extensão Vivências de Extensão em Educação Popular no SUS (Vepop)-SUS. É o coordenador nacional da Rede de Educação Popular e Saúde.

de compreender os saberes, as estratégias e as atitudes contraditórias da população, diante dos desafios colocados pela busca da saúde, de forma que possibilite uma crítica aos procedimentos médicos e sanitários tradicionais e à criação de novas formas de abordagem dos problemas de saúde mais integradas com o agir popular.

Há, no entanto, um movimento significativo entre os profissionais de saúde em busca de uma prática mais integral, participativa e equitativa não apenas ao nível do fazer individual, mas também ao da reorientação da política nacional de saúde. O delineamento legal e institucional do Sistema Único de Saúde, criado em 1988, foi fortemente influenciado por este movimento, denominado, no campo da saúde pública, de Movimento Sanitário. A Educação Popular (EP) teve importante contribuição para este processo.

A aproximação dos profissionais de saúde com o movimento da Educação Popular

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento que tem-se 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, mas até a década de 1970, era basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos considerados adequados por elas.

A partir da década de 1970, muitos profissionais começaram a se deslocar para as periferias urbanas e regiões rurais, juntando-se a essas iniciativas educativas, bem como aos movimentos sociais emergentes. Começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nos quais profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares e a organizar ações de saúde integradas à dinâmica social

local. Com o processo de abertura política do final da ditadura militar, movimentos populares que já tinham avançado na discussão das questões de saúde passaram a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. A experiência ocorrida no início da década de 1980, na Zona Leste da cidade de São Paulo, é o exemplo mais conhecido, porém, o Movimento Popular de Saúde (Mops) chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados brasileiros. Nelas, a educação em saúde passou a ser uma assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.

A concepção da Educação Popular (EP) estava muito presente nessas práticas sociais. Esses profissionais começaram a descobrir que as classes populares não são simplesmente uma massa de carentes e ignorantes, visão, essa, predominante, até então, no setor saúde; passaram a ver que elas são compostas de pessoas e grupos com uma intensa “busca de ser mais” (expressão muito usada por Paulo Freire), com significativos e surpreendentes saberes sobre como buscar a alegria e a saúde em suas condições concretas de existência e com grande criatividade para participar da construção de soluções para seus problemas. Muitas experiências de saúde comunitária orientadas pela EP surpreenderam pela capacidade de construir, de modo compartilhado com a população, práticas de grande eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde por levarem em conta o saber acumulado das pessoas, seus interesses, as forças sociais ali presentes e as peculiaridades da realidade regional. Essas experiências geravam também maior solidariedade local, novas lideranças, organizações comunitárias e um protagonismo político, fortalecendo a sociedade para lutas sanitárias e sociais mais amplas. A difusão da EP no setor saúde ajudou a criar uma ruptura com o tradicional modo pedagógico, autoritário e normativo dos profissionais de saúde lidarem com as classes populares.

A EP foi fundamental na construção e aperfeiçoamento de muitas práticas inovadoras que diferenciam o sistema público de saúde brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde. Nas experiências pioneiras de saúde comunitária, a EP ajudou na construção de importantes inovações que serviram de referência para o Movimento Sanitário pensar e, posteriormente, o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente os seus serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Muitas das práticas mais inovadoras da APS brasileira foram criadas nessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo importante são as agentes comunitárias de saúde, no formato existente hoje no Brasil. Em meados da década de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família. O controle social por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, por meio da discussão conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida e difundida por estas experiências pioneiras. A participação de todos os membros da equipe do serviço em rodas de conversa, na avaliação e no planejamento das atividades surgiu e se difundiu nessas experiências de saúde comunitária. Os trabalhos educativos em saúde através de grupos participativos se aprimoraram e se tornaram conhecidos nesta época. Essas práticas participativas, bastante difundidas (ou pelo menos almejadas) da APS brasileira, são, hoje, internacionalmente reconhecidas e valorizadas. Representam uma herança da forte presença da EP nas experiências pioneiras de saúde comunitária.

Com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 1980, essas

experiências localizadas de trabalho comunitário, autônomas em relação às políticas estatais, perderam sua importância, pois os movimentos sociais passaram a priorizar lutas por mudanças mais gerais nas políticas sociais. Além disso, os técnicos que nelas estiveram engajados passaram a se deslocar para ocupar espaços de gestão e planejamento nas instituições, onde uma convivência direta tão intensa com a população é mais difícil. Entretanto, a vivência de integração comunitária, vivida por tantos intelectuais e líderes populares nessas práticas locais de saúde, o saber ali construído e as práticas de saúde inovadoras descobertas continuaram a repercutir. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais começaram a enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da EP, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional. Passaram a enfrentar 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, em parte, ligada aos conflitos políticos pela distribuição e apropriação do orçamento em uma conjuntura de crise fiscal do Estado. Nesse sentido, esses grupos engajaram-se na luta pela democratização do Estado, na qual o método da EP passou a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e na reorientação das políticas públicas.

Desde o início dos anos 1990, profissionais de saúde envolvidos em práticas de EP organizaram a Rede de Educação Popular e Saúde¹ com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde. Desde então, assistiu-se a uma importante organização institucional do campo da Educação em Saúde com grande influência da EP. Estruturaram-se encontros em vários estados, vários congressos de âmbito nacional dedicaram significativos espaços ao tema, criaram-se grupos acadêmicos e operativos e aumentaram as publicações. Pode-se afirmar que a

1 A Rede de Educação Popular e Saúde se articula principalmente por meio da internet. Veja o site <<http://www.ccm.ufpb.br/redepopsaude/>>.

EP é, atualmente, o corpo teórico dominante nos debates sobre a educação em saúde da população nos espaços de debate do setor saúde. No entanto, esta hegemonia na discussão teórica não acontece no campo das práticas concretas do setor saúde, onde continua predominando ações educativas normativas e impositivas. A maioria dos profissionais de saúde não participa ou não aprofunda a discussão crítica sobre suas práticas educativas voltadas para a população.

Já existe um bom número de educadores populares com habilidade na reorientação de práticas de saúde e processos participativos nas políticas de saúde. Os resultados de suas intervenções mostram a importância da generalização da EP no SUS. Para o movimento da Educação Popular em Saúde, não basta alguns saberem fazer; é preciso que esse saber seja difundido e generalizado nas instituições de saúde, encontrando os caminhos administrativos e de formação profissional que as permitam se generalizarem institucionalmente. Parte significativa do movimento da Educação Popular em Saúde tem-se dedicado a esse processo de institucionalização da Educação Popular no SUS. Para esses militantes, a EP é um saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, mas também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino; é também um instrumento de gestão participativa de ação social (Coraggio, 1994). Para o movimento da Educação Popular Em Saúde, o avanço democrático e participativo nas políticas de saúde pode contribuir para a criação de referências, saberes e estratégias para a democratização mais radical do Estado brasileiro.

A contribuição da Educação Popular para o trabalho em saúde

A atenção à saúde é um espaço riquíssimo para a ação educativa. A crise de vida, trazida pela doença, fragiliza a pessoa e seu grupo

social, podendo quebrar barreiras que protegem sua intimidade mais profunda. O profissional de saúde, que adquire confiança e está próximo do sujeito, tem acesso a essa intimidade desarrumada e povoada de precariedades que não costuma ser revelada. As pessoas, nesse momento, passam por crises subjetivas e familiares que desencadeiam intensa elaboração mental, com questionamento dos valores que vinham orientando o seu viver. Assim, o cuidado à doença pode ser potente também na promoção da saúde e reorganização das relações sociais.

A aproximação com a vida familiar e comunitária trazida pela APS ajuda a revelar as dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas no problema, enriquecendo imensamente o processo de cuidado. É preciso estar preparado para lidar com este espaço educativo que se abre quando se vai além de uma atuação centrada apenas na abordagem do órgão adoecido. Não é fácil lidar com tantas emoções e questões inesperadas. Porém, é nesse momento que se revela a potência e a beleza do trabalho em saúde. A experiência de ser intensamente significativo e de receber a gratidão profunda das pessoas, em momentos tão difíceis de angústia e reorganização do viver, é estruturante do ser profissional da saúde.

Abrir o cuidado em saúde para as múltiplas dimensões que se revelam, antes de tudo, assusta. Surgem problemas que parecem ser profundos demais para serem curados. Problemas com dimensões misteriosas, que não se têm como esclarecer em curto prazo, mas que exigem ações imediatas, muitas vezes, dependentes de condições materiais, valores e iniciativas de familiares que não se conhece bem. A sensação mais habitual é a de impotência e angústia. Diante dessa complexidade, é impossível um agir profissional prescritivo e orientado apenas por um saber técnico, por mais que seja aprimorado. A grande solução está no diálogo com as pessoas envolvidas, construindo-se coletivamente as soluções necessárias. Para isso, é necessário saber ouvir e criar confiança para a expressão de seus saberes e questionamentos. Isto não é fácil, porque lidamos habitualmente com pessoas que possuem

uma história de silenciamento pelo passado de opressão e subalternidade. É preciso trazer, para a discussão do cuidado, outras pessoas e grupos sociais. Os saberes e práticas da EP são fundamentais na construção processual de saídas surpreendentes, gerando práticas de cuidado que aliviam sofrimentos e incentivam protagonismos.

Usualmente, refere-se à EP como instrumento para ações educativas coletivas na comunidade, mas ela é, também, um grande instrumento na ampliação do trabalho clínico que busca ir além da abordagem centrada na biologia do corpo.

O modelo de consulta médica tradicional está centrado em uma busca acurada de informações pela anamnese, pelo exame físico e por exames laboratoriais que permitam uma sábia decisão sobre o melhor tratamento para o problema apresentado. As tentativas de melhorar a relação com a pessoa estão tradicionalmente voltadas para a obtenção de dados mais abrangentes para uma melhor decisão terapêutica do médico. Contudo, o tratamento a ser implementado não é uma decisão puramente técnica. As pessoas não se modelam passivamente às prescrições médicas, pois já trazem para o atendimento, mesmo que não o expressem, suas próprias visões de seus problemas e uma série de outras práticas alternativas de tratamento. São visões e saberes válidos, porque estão integrados a sua cultura e a sua realidade material de vida. É importante, portanto, construir condutas terapêuticas através do diálogo entre a pessoa que conhece intensamente a realidade na qual seu problema está inserido e o profissional com conhecimentos científicos sobre a questão. Todos estes conhecimentos estão atravessados por crenças, hábitos e valores próprios da cultura do grupo social em que se formaram. Na medida em que cada um é crítico dos limites de suas análises e propostas, é possível estabelecer uma relação pedagógica em que o diálogo não seja apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz, por respeitar a cultura e as condições materiais da pessoa. Agindo dessa forma, contribui-se também

para a formação de cidadãos mais capazes de gerirem a própria saúde. A eficácia clínica está, portanto, subordinada à eficácia pedagógica da relação com a pessoa e sua família.

A importância da EP na implementação de práticas educativas em grupos dentro do serviço e em atividades coletivas na comunidade já é mais reconhecida. São atividades importantes não apenas porque permitem ricas trocas de experiência entre os participantes, mas porque permitem também o alcance de públicos maiores. São ainda espaços de debate mais aprofundado de dificuldades e melhor expressão dos saberes, interesses e posicionamentos dos moradores. Permitem à equipe conhecer aspectos que são mais difíceis de se perceber nos atendimentos individuais. Nos espaços coletivos de debate, as dimensões sociais presentes em problemas pessoais de saúde são mais facilmente explicitadas e aprofundadas. As reflexões, que daí surgem, podem ser difundidas através de pequenos meios de comunicação (boletins, vídeos, rádios comunitárias, apresentações teatrais e murais), ajudando a provocar discussões em outros públicos. O debate continua para além dos espaços educativos controlados pela equipe de saúde, pois as conversas informais são muito intensas nas comunidades, gerando repercussões imprevistas. A valorização dos espaços educativos coletivos contribui ainda para o fortalecimento de uma cultura organizativa e cidadã na comunidade.

A aproximação gradativa da vida comunitária local é muito pedagógica para os profissionais. As visitas domiciliares exigem tempo e competem com a pressão por maior número de consultas individuais. Mas elas ajudam muito o profissional a entender melhor a dinâmica de vida comunitária. A participação em reuniões dos movimentos comunitários locais, festas, celebrações e lutas comunitárias permite ao profissional estabelecer parcerias e conhecer as surpreendentes outras lógicas de organizar a vida que estão ali presentes. E este maior conhecimento da cultura e dos recursos locais permitirá ao profissional ser mais rápido e eficaz em seus outros atendimentos.

A EP não é uma atividade a mais que alguns profissionais fazem de forma periférica à rotina do serviço. Suas ações, na medida em que fortalecem processos participativos dos usuários e são espaços de análise dos problemas que dificultam o trabalho, acabam reorientando a globalidade do serviço.

Por causa de sua potencialidade formativa para a equipe de saúde, as atividades de EP não devem ser responsabilidade apenas de alguns profissionais, mas de todos. No entanto, nem todos têm, inicialmente, habilidade e gosto para a EP. Mesmo assim, a alegria, a criatividade e a riqueza pedagógica de suas práticas, quando se cria um ambiente participativo e amoroso, acabam convencendo e seduzindo muitos desses profissionais resistentes. A presença de um profissional experiente em EP é importante para desencadear estes processos educativos participativos. É necessário, no entanto, que ele atue de forma a envolver os outros trabalhadores. Não basta alguns saberem implementar bem ações de EP. É preciso que este saber se generalize no serviço e no sistema de saúde.

A EP é também uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Em várias secretarias de saúde e no Ministério da Saúde foram criadas coordenações de EP para ampliar a participação popular no SUS. A generalização da EP no SUS ajuda a ampliar os processos participativos na rotina de atendimento e de gestão dos serviços, superando a perspectiva que enxerga apenas os conselhos e conferências de saúde como espaços de controle social. A EP ajuda a construir novas práticas de atenção à saúde que levam em conta os saberes, interesses e condições materiais das pessoas.

Os serviços de saúde são hoje locais de muita tensão. Cobranças da gestão, dos moradores e dos movimentos comunitários pressionam o trabalhador de saúde em diferentes direções. Os conflitos pessoais e os causados por diferentes perspectivas de trabalho também costumam dividir a equipe. Como investir na construção de relações de diálogo e em atitudes de escuta compreensiva em meio a tanto sufoco no trabalho? EP exige tempo e energia.

São ações processuais que precisam ser continuamente repensadas. Buscam mudanças que estão além do que é tradicionalmente cobrado da equipe. Tem sentido, ainda, querer fazer EP na atenção à saúde em um contexto de tantas insuficiências? Não seria melhor restringir o trabalho educativo a iniciativas mais simples e bem definidas de mudança de comportamentos de risco estatisticamente importantes por meio de ações de comunicação e convencimento enfaticamente repetidas? Até mesmo a população parece inicialmente acomodada e sem disposição de participar em lutas mais gerais por transformação dos determinantes sociais de saúde. Para que complicar se nem o básico, muitas vezes, consegue-se fazer?

Este desânimo é reforçado pelos valores de individualismo e de busca da felicidade centrada no consumo privado de bens comprados no mercado, que a indústria cultural tanto tem difundido. Projetos coletivos de emancipação social vêm sendo desacreditados. Mas, surpreendentemente, é enorme o número de profissionais de saúde que sonham, buscam e se empenham em fazer com que seu trabalho tenha um significado mais grandioso. Estes profissionais, com seu dinamismo, têm feito a diferença e mantêm vivos os ideais do Movimento Sanitário que lutou pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 1970, como um projeto a serviço de uma sociedade com mais saúde, justiça, equidade e participação de todos na vida política. Sabem que sem os desafios desta perspectiva mais ampla, o trabalho em saúde torna-se rotineiro e sem gosto. São os sonhos e objetivos grandiosos que mobilizam, despertando energias para a superação da precariedade da atual organização dos serviços e dos limites da formação profissional, bem como para o enfrentamento dos interesses políticos e econômicos que a luta por um SUS eficiente desperta. Diante de tantas dificuldades, o SUS não se sustenta sem a mobilização trazida pelas utopias mais amplas do Movimento Sanitário. Quarenta anos depois, elas ainda estão presentes.

Nos serviços locais de saúde ficam claros os limites de uma ação sanitária restrita à abordagem biológica, pois evidencia a forte

inter-relação entre a saúde e a forma como a sociedade se organiza. Ao mesmo tempo, amplia muito a possibilidade de o profissional de saúde intervir na dinâmica familiar, comunitária e política associada às doenças. A EP é um instrumento de ampliação do tratamento para estas outras dimensões. Orienta os caminhos para tornar as atividades rotineiras da APS (das consultas às mobilizações comunitárias) em espaços de esclarecimento crítico das raízes dos problemas de saúde, superação da baixa autoestima decorrente da opressão e marginalidade, ampliação da solidariedade social, fortalecimento do protagonismo dos moradores, enfrentamento de injustiças e organização política. Aumenta a participação do trabalho de saúde no processo de democratização da nação. Aponta para uma perspectiva de promoção da saúde muito mais radical do que a busca da mudança de comportamentos de risco da população e implementação de ações preventivas de saúde pública.

Nesse sentido, a EP tem tido importante papel de animação e mobilização dos profissionais de saúde, na medida em que revela as possibilidades de seu trabalho ser significativo para o processo de emancipação social. Tem sido não apenas um instrumento de educação da população, mas também de formação profissional. Nas universidades brasileiras, a EP vem sendo progressivamente incorporada nos cursos de saúde como instrumento importante de formação para a APS.

Por outro lado, a possibilidade de associar a rotina de trabalho da APS com projetos mais amplos de emancipação da sociedade tem gerado expectativas ilusórias em alguns profissionais de saúde que anseiam por resultados revolucionários, em curto prazo, na realidade local. A opressão, a injustiça e a marginalização de muitos grupos sociais têm raízes complexas e profundas. O trabalho em saúde pode participar de sua superação, mas é apenas uma das inúmeras frentes deste amplo processo. A pretensão de se ser o centro das complexas mudanças locais e de que elas ocorram no período de sua atuação revela uma atitude vaidosa e gera tensões com a população que tem um ritmo próprio e outros modos de caminhar.

As práticas educativas junto à população voltadas para a difusão de hábitos saudáveis e a participação em ações de saúde preventiva, em geral, não conseguem maiores mobilizações e interesse, causando desânimo na equipe. Em muitos serviços de APS, estas ações são realizadas como uma obrigação a se cumprir. A população assiste sem entusiasmo, muitas vezes participando apenas para retribuir o esforço dos profissionais.

A vida das pessoas é marcada por preocupações e correrias. A luta pela sobrevivência e a alegria é atravessada por pressões, ansios conflitos, injustiças e humilhações. Em meio a este sufoco no viver, a promessa de mais alguns anos de sobrevivência na velhice ou de superação de alguns riscos eventuais de adoecer no futuro não costumam mobilizar esforços suficientes para a difícil tarefa de mudar a forma de organizar a rotina da vida. É preciso de uma grande motivação bem integrada aos projetos de felicidade das pessoas, que são muito mais amplos do que os objetivos sanitários definidos por estudos epidemiológicos. Por onde passa a busca de ser mais dos usuários do serviço? Uma educação em saúde, que pretenda realmente interessar e mobilizar as pessoas tem de estar a serviço desta “busca de ser mais”. É usual a crítica à EP por ampliar muito os objetivos do trabalho em saúde, em um contexto de grande limitação de recursos sanitários. Mas é justamente esta ampliação dos objetivos que sustenta a força das práticas de EP junto à população. As pessoas mobilizam-se pelo que é muito significativo e grandioso em sua existência. Em razão da busca de um existir mais solidário, alegre e denso em interações sociais é que as pessoas se mobilizam para uma ação conjunta de controle do mosquito transmissor da dengue. O enfrentamento de grandes injustiças e carências de serviços coletivos importantes na comunidade é que entusiasma a participação. O sentir-se bem, valorizado e com suas opiniões respeitadas é fundamental para manter as mobilizações. Nesta perspectiva, os saberes e práticas da EP são fundamentais.

O significado da Educação Popular para o SUS

Com a reconquista da democracia no Brasil na década de 1980 e a criação de um SUS, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, passou-se a encarar a implementação da assistência à saúde como uma obrigação do Estado. À população e aos seus movimentos organizados, caberia lutar para que tal assistência fosse realmente implementada e controlar sua operacionalização. A participação da população na implementação de práticas de saúde passou a ser visto com desconfiança, como se isso representasse uma forma de escamotear a responsabilidade do Estado de prover todos os serviços necessários. O controle social por conselhos e conferência de saúde, centrados na gestão das políticas de saúde, passou a ser visto como o local legítimo de participação popular no SUS. Mas a população e seus movimentos organizados continuam investindo na criação e condução de práticas voltadas para enfrentar os problemas de saúde. Nos serviços de APS, muitas práticas construídas de forma dialogada entre a população e os profissionais de saúde vêm surpreendendo pelo seu alcance.

A atenção à saúde não é injusta apenas por ser oferecida de modo desigual e limitado aos pobres e marginalizados, mas também porque sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das pequenas relações, as estruturas de dominação da sociedade. Suas práticas induzem ao consumo exagerado de mercadorias e serviços, reforçam os caminhos individualistas de busca da saúde, deslegitimam saberes, iniciativas e valores da população, consolidam a racionalidade instrumental e fria da modernidade e reforçam o poder da tecnoburocracia estatal e empresarial. Por isto, a população e seus movimentos continuam insistindo na criação de práticas de atenção em que seja superado o autoritarismo dos doutores em suas vidas, a imposição de soluções puramente técnicas para problemas sociais globais, a propaganda embutida de muitos grupos políticos dominantes e a desconsideração de seus interesses e

peculiaridades culturais. Isto pode ser entendido como uma vontade de desconstrução das lógicas e interesses presentes nas práticas técnicas dominantes nos serviços de saúde e de ampliação das dimensões de solidariedade, amorosidade e autonomia entre as pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde. A APS, pela grande proximidade e integração com a dinâmica de vida e luta da população, é um espaço privilegiado para este processo. Mas, para isto, precisa investir intensamente em uma relação autenticamente dialogada com os usuários. Isto não é uma nova proposta, pois já está acontecendo, há décadas, com significativos resultados, levando a uma participação da população no sistema de saúde muito mais ampla do que a possibilitada pela participação apenas nos conselhos e conferências de saúde (Vasconcelos, 2009).

Nesse sentido, a EP é um instrumento para a construção de uma integralidade mais radical na assistência à saúde que possibilita não apenas uma abordagem ampliada das diferentes dimensões pessoais dos problemas abordados. Possibilita a construção de práticas que integram, em sua implementação, dimensões políticas e econômicas, locais e societárias. É instrumento de uma promoção da saúde voltada também para a formação de uma cidadania ativa que enfrenta os determinantes sociais da saúde e das doenças. A EP coloca o trabalho cotidiano em saúde a serviço da construção da democracia, da justiça e da solidariedade social. Esta ampliação das potencialidades do trabalho em saúde traz um novo ânimo para os seus profissionais e novos desafios, dando novo gosto e motivação para a vida dos profissionais indignados com a injustiça e sonhadores de uma sociedade mais democrática e amorosa.

Referência

CORAGGIO, J. L. Educação para a participação e a democratização. In: GARCIA, P. B. (org.). *O pêndulo das ideologias: a Educação Popular e o desafio da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, pp. 89-104, 1994.

A EDUCAÇÃO POPULAR NA ÁREA DA SAÚDE

Carlos Rodrigues Brandão*

DESDE ALGUM MOMENTO entre os últimos anos da década de 1960 (*a década que não acabou*, segundo alguns) até os bem entrados anos 1970, a expressão: “estou realizando um trabalho de Educação Popular na área da Saúde” tornou-se corriqueira. Ela sugere um pensar a respeito de quando e como a associação entre uma coisa e outra começou a ser realizada entre nós. Eymard Mourão Vasconcelos consegue fazer isso em poucas páginas.

Alguns anos antes, na aurora dos anos 60, as experiências pioneiras em ideias e práticas que tinham, no nome do educador Paulo Freire, uma espécie de eixo de referência, não eram identificadas pelo nome de Educação Popular. Paulo Freire mesmo usava nomes como Educação Liberadora, Educação Libertadora. Um amplo projeto polissêmico abarcava uma frágil primeira safra de experiências reunidas ao redor do nome “cultura popular”. As associações que então se reconheciam envolvidas com tal proposta constituíam centros ou movimentos de cultura popular.

A cultura começava a ser, então, pensada como um momento do processo político, em sua dimensão subjetiva (no interior do imaginário da pessoa) e objetiva (em sua realidade social, ao longo da história humana e no interior da vida cotidiana de uma comunidade). Havia um fundamento partilhado com diferenças

* Carlos Rodrigues Brandão é um professor. Antes disso foi estudante — e segue sendo até hoje. Graduou-se em Psicologia. Mestrou-se em Antropologia e doutorou-se em Ciências Sociais. Quando ainda estudante universitário, ingressou no Movimento de Educação de Base em 1964. Segue até hoje como um escritor e um praticante da Educação Popular. Escreveu alguns livros nas áreas de antropologia, educação e literatura. É professor colaborador-aposentado da Unicamp e permanece como docente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia.

de ideologias entre as pessoas e os movimentos participantes “da cultura popular” dos anos 60: a cultura se constrói na história. Ela é uma obra humana e resulta de interações mediatizadas entre o trabalho e a comunicação das consciências. Contempla-se em um outro suposto: em sociedades desiguais, regidas por interesses e conflitos de/entre classes sociais, culturas humanas são construções de práticas da vida, de regras e códigos de relações e de sistemas de sentidos que obedecem a tais interesses e procuram tornar ocultos ou desvelam as origens sociais das desigualdades e as razões ideológicas e políticas dos conflitos.

A partir daí, fazia sentido falar-se em uma “cultura alienada”. Uma cultura que seria o espelho e a realização simbólica da condição social de toda uma sociedade desigual e, mais ainda, de uma de suas classes, a dos “subalternos”, dos “oprimidos”, dos “trabalhadores”, do “povo”, da “massa popular”, nos dizeres. O seu equivalente individualizado seria uma “consciência alienada”. Modos e processos de significação da realidade que não traduziam para seus sujeitos — individuais ou coletivos — a face politicamente verdadeira desse real pensado e vivido.

Ora, se uma cultura pode ser psicológica e socialmente conhecida por meio de sua face falsa, alienada, um trabalho cultural de teor político pode ser proposto à contracorrente da ordem dos bens, dos interesses e dos serviços, dos poderes e dos símbolos dos “opressores” e de seus emissários. Por meio de processos intencionais e ordenados de uma educação liberadora (de pessoas e de culturas), de uma alfabetização conscientizadora e de uma “arte popular” (não a do “próprio povo”, mas uma arte crítica a ele dirigida), seria possível criar, com o povo, por uma “pedagogia do oprimido”, uma nova cultura. Uma cultura verdadeiramente popular, crítica, “desalienada”, “revolucionária”.

Tais os termos das propostas mais amplas dos tempos em que a Educação Popular ressurgia entre nós. Buscando, então, raízes culturais populares a serem, de alguma maneira, acrescentadas a trabalhos de *arte para o povo* ou de alfabetização conscientizadora,

volta e meia se chegava à “medicina popular”. Todavia, eram ainda inexistentes ou muito raras as atividades de “saúde popular”. De algo semelhante à educação, estendido a pessoas e a comunidades populares como um trabalho “da área da saúde”, o Movimento de Educação de Base, um dos movimentos de cultura popular com atuação em boa parte do território nacional, envolveu, em seu programa de “educação de base”, noções de “saúde popular”. Por volta de 1964, uma pequena cartilha — “mutirão para a saúde” —, com bonitos desenhos do Ziraldo e em forma de versos dos romancistas nordestinos, foi distribuída em larga escala.

Ora, o teor mais visivelmente político, a vocação entre transformadora e revolucionária dos programas de educação popular, ou daqueles aos quais uma experiência de educação popular aderiria, são, razoavelmente bem conhecidos de todos nós. Eles podem ser encontrados, em seus rostos originais, na bela coletânea de documentos da época, coligidos por Osmar Fávero, em *Cultura Popular e Educação Popular — memória dos anos 60* (Graal, 1983). Eles foram muito bem (e polemicamente) discutidos em livros como *Educação Popular e Educação de Adultos*, de Vanilda Paiva (Loyola, 1973).

Contudo, existe um outro fator fecundante de tudo o que ocorreu no interior e à volta das experiências pioneiras e posteriores de Educação Popular. E como essa dimensão é menos conhecida, menos posta em diálogo e, não raro, considerada de menor importância, quero lembrá-la aqui. Que seja ela o foco de minha contribuição a um debate tão coerentemente introduzido por Eymard Mourão Vasconcelos.

Já no início de seu artigo, Eymard lembra que o desejo do conhecimento da vida e do reconhecimento da pessoa do Outro — de um “outro” popular, situado do lado de lá da cerca que separa classes e vidas no Brasil — é um fator essencial nas práticas de “Educação em Saúde”. Das primeiras experiências de uma atenção médica associada a uma vocação de troca. Associada a uma proposta de não apenas um atendimento profissional competen-

te “aos menos favorecidos”, dentro da faixa da assistência pública à saúde de mulheres e homens do povo, mas de um intercâmbio de saberes, de valores, de projetos de vida, de alternativas socio-culturais de superação de um modo de vida subalterno dentro de uma sociedade desigual. Ele sublinha: “*a palavra diálogo é um conceito fundamental*”. E, de fato, é.

No campo das heranças das experiências dos anos sessenta, de onde vem esta prática profissional a que alude Eymard em seu artigo? Uma proposta nova que pretende substituir a “assistência” pela “presença”, a “saúde pública” por uma “medicina de compromisso popular” e a “atenção médica” ao cliente pela vocação pedagógica e crítica do trabalho do médico como um também educador junto a um cliente, pessoal ou coletivo, tomado como um agente social responsável por uma organização e uma mobilização popular em favor das transformações sociais indispensável à “cura política” do quadro que gera, também no “campo da saúde”, a sequência de processos de reprodução da desigualdade e da injustiça. De onde ela provém?

Vem, é claro, de um conjunto em parte uno, em parte bem diversificado, de ideias e de projetos claramente político-ideológicos e, no limite, francamente revolucionários. Paulo Freire mesmo é um leitor tanto de Karl Jaspers quanto de Marx, Lênin ou Jesus Cristo. A presença de militantes socialistas, não cristãos e cristãos é evidente.

Na construção da Educação Popular, participaram também ideias, metodologias, trabalhos e posturas associadas ao diálogo e à troca de ideias e de projetos de vida, que foram importadas de outros países. Com a risonha franqueza que sempre a caracterizou, em recente entrevista concedida a Aída Bezerra (outra notável educadora popular), Vera Jaccoud lembrava a experiência francesa de *Peuple et Culture* como uma das inspiradoras do Movimento de Educação de Base. A face cotidiana e concretamente pedagógica da Educação Popular nasceu e se desenvolveu em diálogo com novas teorias e práticas de “um ouvir o outro” para educá-lo

— e assim, educar-se também, lembraria Paulo Freire. O próprio “círculo de cultura” do “método Paulo Freire” é bem um seu retrato fiel.

Se a proposta básica dos movimentos de cultura popular é a realização de uma “educação conscientizadora” a ser obtida pelo crescimento interior do educando popular que, por iniciativa própria e auxiliado por um educador-facilitador, aprende a ler palavras, a ler-se a si mesmo e a ler seu mundo, fica o desafio: como organizar o processo educativo para que ele se torne efetivo? Como substituir a “educação bancária”, de que falava Paulo Freire, por uma educação igualitária e dialógica?

É este o momento em que entram em cena ideias, propostas e métodos de trabalho com pessoas e com grupos, vindos da Europa e dos Estados Unidos. Seus círculos de origem são variados. Algo pode provir da terapia e do ensino centrado no cliente ou no aluno, que nos evoca Carl Rogers. Propostas chegadas à educação em que o que importa deixa de ser o saber acumulado no professor-que-ensina e que deve ser “passado” aos seus alunos de uma maneira verticalizada e pré-estruturada, para vir a ser um saber que se constrói a partir e pelo que todos e cada um dos participantes de uma comunidade aprendente podem trocar uns com os outros.

Algo pode provir das experiências norte-americanas e europeias de dinâmica de grupos, introduzidas no Brasil desde o final dos anos 50. Volto ao exemplo do Movimento de Educação de Base (MEB), que é o de minha experiência pessoal. Ele se inicia com a presença de um recém- especialista em dinâmica de grupos. Teorias e práticas são aprendidas e incorporadas. Das reuniões da “equipe nacional de coordenação” ao trabalho proposto nas “escolas radiofônicas” de Educação Popular, a reunião à volta da mesa, o círculo de pessoas e de pontos de vista, o respeito ao pensamento do outro, a busca de consensos, o “crescimento por meio da troca” tornam-se rotina de cada dia.

Entre a experiência pioneira de Angicos conduzida por Paulo Freire e sua primeira equipe de educadores, e as do MEB, entre

ele e outras tantas experiências de Educação Popular do ano 1960 e das duas décadas posteriores, estas posturas figuradas no círculo e no debate, esta transformação da sala hierárquica no espaço das trocas, serão a matéria visível de propostas de uma “educação de compromisso popular”. Uma múltipla aventura da educação em que o diálogo — a sempre difícil e inalcançável busca do diálogo — deixa de ser uma simples metodologia de trabalho didático, para vir a se constituir como o fim e o sentido de uma educação conscientizadora.

Uma das mais criativas contribuições de algumas dentre as polissêmicas experiências de Educação Popular do ano 1960 em diante, e do Brasil até círculos mais amplos da América Latina e, depois, de outros continentes de Terceiro Mundo, foi justamente esta mudança ideológica e pedagógica das propostas originais de ensino-centrado-no-aluno e de dinâmica de grupo trazidas ao Brasil desde o Primeiro Mundo. Talvez por uma primeira vez algo tão relevante é criado entre nossos educadores e, depois, exportado a todo o Mundo.

Interessante ressaltar que diante deste novo quadro, atitudes metodológicas antes pensadas para o contexto pedagógico de ambientes distanciados da comunidade popular do Nordeste brasileiro, tornam-se agora revisitadas. São recriadas e transformadas em “armas pedagógicas” de valor de crescimento, de posturas críticas e de motivações a uma participação popular. Não se tratava apenas de uma adaptação, pois algo bem mais do que isto foi na verdade realizado de maneira consistente e diversificada. Toda uma proposta de partilha por meio da educação foi então desenvolvida e posta em prática. Que fecundos e que difíceis caminhos ela, em seus múltiplos rostos, teria percorrido se o Golpe Militar de 1964 não os tivesse cortado de uma maneira tão radical e tão violenta? Anos mais tarde a pesquisa participante estenderia tais propostas a outros campos.

Uma outra “descoberta” posta em prática sobretudo na aurora dos anos de 1960, foi a de uma dimensão propriamente

dialógica e francamente educativa em qualquer campo ou dimensão de práticas sociais. E sobretudo naquelas realizadas pelo difícil e fértil encontro entre agentes culturais eruditos e profissionalizados e as pessoas e os grupos humanos populares.

Este é o momento em que Eymard Mourão Vasconcelos, com propriedade, pode lembrar o seguinte: “*a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos setenta, 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*”. De fato, com o renascimento dos programas de Educação Popular nos anos setenta, há uma diferenciação notável de ideários e de procedimentos. Agora são os próprios movimentos sociais populares, no campo e na cidade, que convocam os educadores populares (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, artistas, cientistas sociais e outros, entre eles) a um trabalho fundado ainda nos velhos princípios da Educação Popular, mas com rostos e roupagens novos.

Este é o momento em que se pode, bem mais do que nos anos de 1960, falar de uma “experiência de Educação Popular na área da saúde”. Ela se realiza quando o trabalho profissional de Saúde Pública funde-se em um trabalho cultural de Educação Popular por meio da Saúde. Quando a ação médica e a de outros profissionais da “área da Saúde” não se limita a uma assistência a clientes do povo. Quando ela se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de parte a parte, em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga com crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde.

UMA NOVA SENSIBILIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Mônica de Assis*

MUITAS MUDANÇAS têm marcado a política de saúde brasileira nos últimos quarenta anos, porém, a redefinição das práticas nesse campo permanece sendo uma urgente necessidade. De modo sintético e, ao mesmo tempo, denso, Eymard ocupa-se desta questão vital em seu texto, explicitando o potencial da Educação Popular nessa construção.

Enfocar esse tema inclui pensar como as relações interpessoais nos serviços de saúde devem ser cuidadas para que não reproduzam dominação, mas germinem formas mais solidárias e democráticas de viver e lutar coletivamente por melhor saúde e qualidade de vida. Poucos olhares, de fato, voltam-se a esta dimensão interativa entre profissionais de saúde e população, apesar da centralidade de sua problematização para o projeto da Saúde Coletiva.

Do ponto de vista de minha experiência com práticas educativas e interdisciplinares no nível assistencial, reforçaria a relevância do que Eymard denomina de prática de saúde alargada. A complexidade da saúde exige realmente inovações que superem a assepsia técnica e propiciem a interação com a dinâmica popular, visando a busca de alternativas e soluções, individuais e coletivas, para os problemas apresenta dos. Há inúmeras dificuldades para

* Graduada em Serviço Social, sanitarista pela Escola Nacional de Saúde Pública, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social e doutora em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz, 2004). É tecnologista do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde e atua na Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. É coordenadora e docente do módulo de prevenção de doenças e promoção da saúde do Curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia da UnATI/Uerj, no qual orienta trabalhos acadêmicos.

este tipo de investimento e que devem ser amplamente discutidas e enfrentadas. Entretanto, este é um norte valioso no sentido de inquietar e evitar acomodações aos agudos limites da prática institucional.

Sobre o diálogo e seu papel na diminuição do fosso cultural entre técnicos e população, destacaria que, como via de mão dupla, além de compreender e explicitar o saber do interlocutor popular, implica facilitar a socialização e o debate do saber técnico que orienta as ações de saúde. O reforço da capacitação e autonomia das pessoas requer continuado empenho em tornar acessível a racionalidade técnica e organizativa dos serviços, para que possa ser, tanto quanto possível, entendida e abertamente questionada. Há um papel importante do profissional aí, mais bem cumprido quanto mais permitir a livre expressão do outro e do “universo de resistência” (Ayres, 2000), e mais pautado for numa permanente autocrítica dos avanços e limites da ciência.

Algo mais fecunda o diálogo como possibilidade de encontro e afirmação de sujeitos. O conhecimento sozinho não opera desejos. Para transformar realidades, diz Rubem Alves (1996), é preciso amor, elemento que move o educador em seu ofício de criar mundos. Em sua visão: “Mundos a serem criados, antes de existirem como realidade, existem como fantasias de amor”.

Esta é uma das sintonias que estabeleço com a ideia de que a Educação Popular em Saúde não é uma atividade a mais, mas uma nova postura que reordena a globalidade do serviço. Não é possível, de fato, apre(e)nder, ser parceiro, inventar mundos, lutar juntos, prescindindo da amorosidade. “Educar exige querer bem”, lembrava Paulo Freire (1998). Assim, temos um diferencial não suficiente, mas necessário, em relação à desatenção para com o elemento humano, até hoje uma expressiva marca das práticas na área da saúde.

Acrescentaria a importância de ampliação e legitimação de uma atividade a mais: os grupos educativos. Não por serem originais ou virtuosos em si mesmos. Mas pela oportunidade singular

de recolocar a questão saúde no espaço coletivo, aprofundar aprendizados, fortalecer vínculos, propor abordagens lúdicas, dimensões ainda pouco valorizadas no contexto assistencial.

Essas ideias têm sido destacadas na discussão atual da Promoção da Saúde como um novo paradigma das políticas de saúde em âmbito mundial. Embora este campo conceitual resulte da confluência de forças distintas e mobilize vigorosa polêmica filosófica e política, por exemplo, sobre o que vem a ser o bem-estar humano, penso que a interface com o movimento de Educação Popular em Saúde é organicamente necessária. Até mesmo para que seu reconhecido elemento inovador e pioneiro seja preservado e fortalecido neste tempo de ideias globais.

Referências

- ALVES, R. *Concerto para corpo e alma*. Campinas/SP: Papyrus/Speculum, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e prevenção: um ensaio filosófico. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 6, 2000, Salvador. *Anais*. . . Salvador, 2000 (CD-ROM).
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 7.^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

*Viagem pelos caminhos do coração: uma abordagem
em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do
Programa de Saúde da Família¹*

Iracema de Almeida Benevides*

*Abre o campo, fecha a roda
Deixa as meninas brincar
Elas são filhas da terra
Conhecidas do lugar*

ESTE VERSO SURTIU, um dia, nos lábios de uma senhora pequenina e magrinha, encantadora em seu vestido colorido de estampa miúda. Dona Geralda. Tão singela e tão radiante. Estava sempre um pouco distante, parecendo-me mais presente em seu mundo interior que entre nós, apesar de um sorriso que

1 Texto escrito no ano de 2000 quando Iracema era médica de família de Vespasiano. Foi o texto da primeira edição que mais repercutiu. Com uma linguagem poética revela, dimensões sutis centrais do trabalho em saúde.

* Médica graduada pela UFMG em 1992. Possui especialização em Cirurgia Geral, Homeopatia, Medicina Antroposófica, Saúde da Família, Gestão e Políticas de Saúde e Nutrologia. Atuou como Assessora Técnica do Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, entre 2004-2010 na área de Avaliação da Atenção Básica, na construção e implantação Política de Práticas Integrativas e Complementares e na Vigilância em Saúde. Foi docente de Saúde Coletiva do curso de Medicina na Faseh (Vespasiano, MG) entre 2010 e 2016. Atualmente reside em Belo Horizonte e é presidente da ABMA – Associação Brasileira de Medicina Antroposófica e Diretora Clínica do Centro de Práticas Integrativas e Complementares, em Matias Barbosa, MG.

era quase que mesmo só a intenção. Na face, as dobras profundas da pele mostravam que o tempo passara por ali exigindo esforço grande, labuta. Mas eram marcas que, por outro lado, exalavam tranquilidade, sabedoria e silenciosa dignidade, como se o fruto dessa querela com o tempo houvesse sido compensador. Muito pouco eu sabia sobre ela. Noventa anos? Talvez. Então, um dia, quando fazíamos uma ciranda com os participantes do grupo de cuidados da pressão arterial, buscando tornar o encontro mais alegre e atrativo, esse verso surgiu em seus lábios. No princípio, ela o falou bem baixinho e só quem estava ao seu lado ouviu. Quem estava ao seu lado, para grande sorte, era eu mesma. Aquela foi um momento de suave luminosidade para mim: ouvir a poesia brotar dos lábios da discreta Geralda. Trocamos um olhar cúmplice. A antiga e esquecida arte de jogar versos quando se dança uma ciranda. Eu havia entendido o código. Não sou do tempo de Geralda, é claro, mas cresci no interior de Minas Gerais, brincando de pique-esconde e ciranda nas ruas. Um pouco do que restara das brincadeiras dos tempos de nossos pais e avós. Naquele momento, pedi atenção, encorajei-a e ela o falou novamente, com uma certa melodia e mais audível dessa vez. Alguém do tempo antigo como Geralda, do outro lado da roda, ressoou. E aí todos cantamos o precioso verso em coro, vozes soltas. Eu podia perfeitamente imaginá-la menina-flor a brincar com suas irmãs, girando alegres ao vento. Eu podia ouvir as gargalhadas ecoando na noite fresca de verão, sentir os sabores de sua infância, respirar os aromas que a cercavam. Geralda mora em meu coração desde o primeiro momento em que a vi e eu nunca saberia dizer por quê. Mais adiante, nossa amizade cresceu. Bem devagarinho, é verdade. Mais por conta da discrição dela que da minha vontade.

Levou muito tempo, mais de ano, para eu entrar em sua casa. Um barracão escuro, sujo, enfumaçado pelo fogão a lenha, pobremente mobiliado. Ela benzeu-me algumas vezes e disse-me que os ramos murchavam. Eu estava “muito carregada”, como dizem as benzedeadas. Pedi-lhe que me ensinasse algumas benzas.

Ficou muito alegre com o meu interesse e esforçou-se para ensinar-me, minuciosamente, como os versos que têm que ser ditos, como os gestos que têm que ser feitos, a atitude interior de quem reza sobre alguém. Aprendi como curar *espinhela caída*, *mau-olhado*, *quebradeira* e *mal atravessado*. Nenhum dos membros de sua numerosa família havia-se interessado pelo ofício do qual se orgulhava Geralda. Modesta, disse-me que era muito procurada pela gente do lugar para dizer as rezas. Suas mãos eram boas. Aquele não era um serviço remunerado, já que era um dom de Deus. Podia ser aprendido, mas dom é dom. Pode-se aprender, mas só quem tem o dom consegue fazê-lo. Aceitou tomar um anti-hipertensivo que sugeri, mas disse que não tinha tempo para ir ao posto. Gostava muito de mim e das agentes, mas tinha muito serviço da casa, muita obrigação, muito neto para cuidar. Iria tomar meu o remédio, no entanto. Éramos colegas de ofício. Eu, na minha medicina concreta; ela, na sua medicina espiritual.

Outros versos ouvi, dessa vez de Jovelina. Cem anos, de verdade. Cem anos vividos, sem erros de cartório. Um dia disse-me, de supetão:

*Alegria não tenho,
Tristeza comigo mora.
Quando a alegria chegar,
Mando a tristeza ir embora.*

*Na Segunda, te amo;
Na Terça, te quero bem;
Na Quarta, morro por ti;
Na Quinta, por mais ninguém;
Na Sexta, confesso os pecados;
No Sábado, digo com quem (cometi os pecados);
No Domingo, vou à missa a mandado de meu bem.*

*Alecrim na beira d'água,
Manjerona de outra banda
Hei de te amar sempre.
Vou aonde você anda.*

E Maria Senhora, com receio de não ser admirada, disse-me aquele que, para mim, é, dos versos populares, os mais graciosos que já ouvi:

*Botei minha cama na varanda.
Esqueci do cobertor.
Veio o vento lá de fora
E encheu a cama de flor.*

Eu voltei muitas vezes a esse último verso, saboreando sua romântica imagem: uma cama na varanda, coberta por flores. Esses versos, e as lembranças que me trazem de suas respectivas recitações, simbolizam, para mim, o ouro que pode ser colhido de aluvião quando ousamos ir além do atendimento convencional em saúde e dos nossos preconceitos, entrando por inteiro nessa aventura de *conhecer e participar* da vida das pessoas que habitam as periferias das cidades e as favelas — a grande maioria dos usuários do SUS, o Sistema Único de Saúde.

E assim, ao sabor das imagens poéticas desses versos, que sobreviveram às tormentas das décadas, graças à poesia interna de Geralda, Jovelina e Maria Senhora, atrevo-me a convidá-los para conhecerem outros personagens das crônicas que compõem essa “viagem pelos caminhos do coração”. Gostaria de compartilhar, com vocês, impressões, reflexões, *insights*, atitudes e opiniões diante de situações que vivenciei trabalhando como médica comunitária no Programa de Saúde da Família (o PSF) no município de Vespasiano, num bairro pobre e periférico da cidade.

Recentemente, eu comecei a escrever as histórias mais marcantes, aquelas que, de alguma forma, me tocaram mais profundamente

ou as que retratam as gritantes contradições presentes na nossa prática médica. São essas histórias que estão aqui reunidas. Algumas falam de limites concretos, tais como privação econômica, de direitos e de afeto. Outras falam de doença, miséria, morte, sofrimento, loucura e dor. Contração. O coração em sístole, a alma apertada. Mas existem as que falam de encontros alegres, leves, pitorescos: a vida em expansão, diástole. São personagens, passagens, momentos que tornam possível dizer que esta tem sido uma *rica experiência de vida*. Uma experiência muito além do simples exercício do ofício.

**Sobre o título:
uma viagem pelos caminhos do coração**

*Se quem fui é enigma
E quem serei visão
Quem sou ao menos sinto
Isto no meu coração
(Fernando Pessoa)*

Em que dimensão de tempo, era eterno esse sentimento? Ele era, e preencheu-me com seus tesouros. Nasceu em mim, e, em silêncio, voou novamente — embora tenha surgido, entre tempo e espaço, de um coração de carne e sangue, que neste momento se torna coberto por ferrugem.

— Trecho do diário deixado por Dag Hammarskjöld, diplomata e pacifista sueco, morto em 1961. Ele recebeu o Prêmio Nobel da Paz relativo a esse ano, após sua morte em uma missão, na crise do Congo.

E quem, um dia, irá dizer que existe razão nas coisas feitas pelo coração?

E quem irá dizer que não existe razão?

— Trecho da música Eduardo e Mônica, grupo Legião Urbana.

OCORAÇÃO, no senso comum, na cultura popular, nas artes, na literatura, na música, nas culturas ancestrais, na mitologia, na vida religiosa e nas medicinas não convencionais, é considerado o órgão central da vida humana, tanto da vida corpórea, quanto da vida de sentimentos. Adquire, assim, a conotação de organismo sensorio da alma, além da atuação essencial na manutenção da vida biológica. É conhecido como o órgão da coragem e o portador dos sentimentos humanos mais nobres. É apontado como sede da amizade, dos diferentes tipos de amor, do êxtase, da paixão, da saudade. É no coração que a felicidade e a alegria são sentidas, e também a dor, a tristeza, a angústia e a solidão. No dito popular, é tido como o órgão mais democrático, pois não existe aquele, rico ou pobre, que nunca tenha experimentado a dor de um coração partido por amor não correspondido. Na sístole, ele se contrai. Na diástole, ele relaxa e se expande, movimentando-se ritmicamente entre dois movimentos opostos. Em um compasso diferente, também se movimenta a nossa alma entre os mais variados sentimentos que pulsam em nosso interior.

Um texto sobre PSF poderia abordar incontáveis aspectos, tais como as primeiras experiências brasileiras, as ideias que impulsionam o modelo, as ações executadas, o impacto e os resultados obtidos. Também poderia ser uma análise e crítica ao desenvolvimento do processo, aos papéis dos membros da equipe. Mas este texto, em especial, fala sobre meus sentimentos, sobre os caminhos que meu coração percorreu ao longo desses quatro anos, no contato intenso com uma realidade tão diversa da minha. Por isto o denominei “Pelos Caminhos do Coração”, pois esta tem sido uma viagem por momentos de contração, de expansão e de momentânea paz, naquelas frações de segundo de repouso.

O começo do caminho

*Passou por várias margens
Diversas mais além
Naquelas várias viagens
Que todo rio tem
(Fernando Pessoa)*

A minha trajetória até chegar à medicina comunitária e ao PSF tem muito desse rio cheio de margens e viagens, pois veio a acontecer de forma quase imprevista, apenas quatro anos após minha graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, a UFMG, em 1992. Durante todo o curso, eu sempre senti grande afinidade pelas atividades ligadas à cirurgia e, quando eu iniciei a residência em Cirurgia Geral, logo após formar-me, eu já me havia dedicado ao seu aprendizado desde o quinto período da escola. Mas em 1996, eu deixara para trás os quatro longos e árduos anos de formação em cirurgia, um pouco desencantada com a realidade cotidiana da vida de jovem cirurgiã: longas jornadas de plantão na urgência para conseguir o meu sustento, alto nível de responsabilidade e estresse, poucas oportunidades para tomar decisões livres dentro de uma equipe cirúrgica e, por fim, conflitos com as posturas e condutas de colegas. O ideal que eu alimentara anteriormente — o de que a cirurgia possibilitaria a melhora rápida e definitiva para quase todos os problemas de saúde — havia-se desmoronado e eu buscava um novo caminho dentro da medicina. A resposta veio de uma direção completamente oposta: em 1992, eu havia conhecido a Homeopatia e a Medicina Antropossófica, como paciente, enquanto buscava solução para uma rinite alérgica resistente ao tratamento alopático. Fiquei tão satisfeita com os resultados do tratamento alternativo que comecei a estudar ambas as medicinas não convencionais simultaneamente, enquanto fazia a minha residência médica. No

início, era um *hobby*, algo que me trazia relaxamento e *insights* mas, aos poucos, uma nova concepção médica foi se formando em meu interior, chegando um dia a exigir espaço em minha vida profissional.

Considero que o encontro com essas diferentes tradições médicas foi um dos fatos mais importantes em minha trajetória pessoal e profissional, tendo desencadeado muitas transformações em minha visão de mundo e, inevitavelmente, influenciado a minha crise com a Cirurgia Geral. Representou, na verdade, um reencontro com a medicina *humanizadora* (antimecanicista, anti-tecnicista) que eu idealizava quando queria ser médica, ainda na adolescência. E assim, após uma grande reorientação de minha prática médica, comecei a atender consultas em Homeopatia e Medicina Antropossófica em meu consultório particular em Belo Horizonte.

Contudo, ainda me faltava algo: o contato com a gente simples e calorosa que havia sido minha referência de paciente nos tempos de graduação na UFMG e, posteriormente, nos ambulatórios do Hospital da Baleia, onde fiz a residência médica. A busca pelo atendimento ambulatorial em Clínica Médica acabou trazendo-me até Vespasiano, a um pequeno centro de saúde localizado na região periférica da cidade, antes da implantação do PSF. Nessa nova reorientação de minha prática médica, surgiram, pois, dois caminhos: as medicinas não convencionais no consultório e a medicina comunitária no SUS. Para mim, ambas as práticas sempre foram indissociáveis, complementares, nutridoras uma da outra. Essa combinação pode parecer um pouco exótica, mas eu asseguro que eu as vivencio enquanto equilíbrio uma da outra. Embora esse texto traga estórias que aconteceram do lado de cá, da medicina comunitária, o meu olhar é muito marcado pelo lado de lá, isto é, da medicina que busca ver o todo do ser humano.

Chegando a um mundo novo

*É que quando eu cheguei por aqui
Eu nada entendi.*

*Da dura poesia concreta de suas esquinas
Da deselegância discreta de suas meninas.*

[. . .]

Quando eu te encarei frente a frente

E não vi o meu rosto,

Chamei de mau gosto o que vi,

De mau gosto, mau gosto

É que Narciso acha feio o que não é espelho.

[. . .]

E foste um difícil começo

Afasto o que não conheço

E quem vem de outro sonho feliz de cidade

Aprende depressa a chamar-te de realidade.

Porque és o avesso do avesso do avesso do avesso

Do povo oprimido nas filas, nas vilas, favelas

Da força da grana que ergue e destrói coisas belas

Da feia fumaça que sobe apagando as estrelas

Eu vejo surgir teus poetas de campos e espaços.

[. . .]

Alguma coisa acontece no meu coração

Que só quando cruzo a Ipiranga e a Avenida São João.

(Sampa, Caetano Veloso)

Embora a motivação inicial que me trouxe até o ambulatório periférico fosse de natureza mais impulsiva, emocional, a busca pela troca calorosa e gratificante experimentada pelos profissionais de saúde quando assistem às comunidades carentes, mais tarde, despertou-se o sentido de ação política envolvido nessa minha atuação profissional dentro de uma nova estratégia de saúde pública

que se expandia no Brasil. A crítica veio bem depois do começo do caminho, mas veio a tempo. Como o currículo da UFMG é fortemente voltado para a formação do médico generalista, não encontrei dificuldades em assumir a vaga disponível. Na unidade de saúde Vila Esportiva, onde comecei, eu trabalhava como clínica geral de adultos, no modelo convencional: atendendo às consultas marcadas na portaria da unidade. Ali eu fui surpreendida pela pluralidade de situações novas, pela grande heterogeneidade da população, pela surpreendente diversidade, pelas múltiplas e diferentes necessidades de cada um. Os usuários eram, na maioria, operários, camelôs, encanadores, pedreiros, marceneiros, motoristas, domésticas, diaristas: empregados e desempregados. Havia ainda os jovens e os idosos, geralmente excluídos do mercado de trabalho. Havia os que moravam em casas de dois pavimentos e tinham carro e os que não tinham casa, morando em barracos de lona, num acampamento provisório para desabrigados das chuvas, localizado em frente ao posto de saúde. Havia gente vinda da roça (região rural) e gente vinda de outras cidades, até de outras capitais. Gente moderna e gente antiga. Enfim, gente de todo jeito. Os esquemas que eu havia aprendido nos ambulatórios da universidade não abraçavam aquele mosaico humano. Eram limitados demais. A vida, ali na periferia, era muito mais rica e vinha até mim sem filtros, sem etapas de seleção. Isto era muito diferente da minha experiência anterior, inserida nos ambulatórios de grandes instituições. Ao deparar com os limites da medicina que eu tinha a oferecer diante dessa vida tão exuberante e intensa, tão diferente da minha própria vida — de classe média, urbana, universitária, médica, etc. — senti uma imensa necessidade de adentrar aquele mundo, de conhecê-lo mais profundamente. Foi aí que comecei a ouvir com muito interesse as diferentes histórias. No início eu ouvia casos médicos. Com o passar do tempo, o ouvido foi-se apurando e eu comecei a ouvir também os casos de vida, para além das anamneses.

Em 1997, quando a primeira equipe de Saúde da Família em Vespasiano foi montada, fui convidada a integrá-la na condição

de *médica de família*. Embora parecesse algo novo, na verdade havia uma semelhança com o trabalho que eu já havia iniciado de maneira independente, na unidade de saúde anterior, principalmente no que se refere às visitas a algumas famílias locais em situação crítica. Mas as atividades previstas e os desafios específicos desse modelo eram vários outros: cuidar da saúde de mil famílias no precário bairro Nova Pampulha — quase todas em situação crítica — implementar ações educativas, de prevenção e promoção para todas as faixas etárias, montar grupos operativos para doenças crônicas, tais como Diabetes e Hipertensão Arterial, trabalhar em uma equipe com diferentes níveis profissionais, trabalhar com os indicadores do Ministério da Saúde e, por fim, conviver mais profundamente com as questões da população. Entre todos os desafios, este último era o que mais me estimulava. À medida que eu penetrava mais e mais na dura realidade do bairro com aspecto de favela, subindo suas ladeiras esburacadas, empoeiradas e sem calçamento, a bordo de uma Kombi, acompanhada pelas primeiras agentes comunitárias (todas nós, bastante inexperientes), mais eu passava a admirar a força daquelas pessoas, com suas inúmeras estratégias de sobrevivência e busca pela fruição da vida. Eu escalava com dificuldade os becos sinuosos e imaginava como eles conseguiam transportar latas de água nos ombros, várias vezes ao dia, subindo e descendo agilmente.

O encantamento por aquele *mundo e suas pessoas* (a favela, a periferia) foi crescendo gradativamente. A estranheza inicial foi sendo substituída por uma grande vontade de *entender* como é que a vida acontecia ali. Eu não queria entender apenas as doenças, seus mecanismos e possibilidades de tratamento. Também não era mais suficiente entender o SUS e seus caminhos de construção. Eu queria entender aquele contexto novo como um todo: a vida na favela, a vida das pessoas do lugar. Eu queria decifrar aquele organismo vivo em permanente movimento a partir de dentro, do seu miolo. Mais uma vez, a medicina que eu trazia pronta tinha poucas respostas para tantas perguntas. Minhas ferra-

mentas pareciam muito pobres diante da diversidade à minha frente. Caminhar pelo bairro observando a rotina, os hábitos locais, os atores sociais; conviver com as pessoas na sua jornada diária, entrando na intimidade de suas casas (exercício que é facilmente obtido por um profissional de saúde, especialmente médicos, pois são sempre muito bem-vindos nessas situações); ouvir o que havia para ser contado. Tudo isso tornou-se a minha nova ferramenta nessa busca por *conhecer* e, também, um alimento para meu coração. Eu me nutria com as ricas imagens, belas ou não, trazidas à tona: “Maria, que casou com Pedro, que teve nove filhos, um deles casado com a menina de Sinhá, que tem três crianças, uma que morreu sufocada na cama deles à noite”, etc. Enquanto ouvia, eu montava um quebra-cabeças internamente. Cada história era única e pessoal, mas também era representativa, ilustrativa de um universo de outras histórias semelhantes e abria o leque para a compreensão de todo um grupo familiar ou redondeza. O preenchimento dos cadastros dos moradores era uma tarefa destinada às agentes comunitárias e elas sempre se admiravam como é que eu sabia que Joana era irmã de Clemência e tia de Rosiane, vizinha de Neuza, que tem um filho surdo. Eu o sabia através de meu “método” de conhecer a população da área: conversando naturalmente com as pessoas, uma prosa sem compromisso.

Um outro começo para este meu caminho na medicina comunitária poderia remontar à minha infância, ao convívio com meus avós paternos, que me inspiraram em muitos aspectos da minha vida. A minha avó Iracema — também conhecida como *mestra* Iracema pelos seus conterrâneos — era professora primária, educadora e líder comunitária nata, na cidade de Rubim, no nordeste de Minas. Ficaram impressas para sempre as lembranças do seu cuidado e carinho com todos os que batiam à sua porta dia e noite, em especial os menos favorecidos, os quais vestia, alimentava, orientava, ouvia com dedicação e até medicava, no caso de moléstias corriqueiras e ferimentos simples, perfazendo um caminho de vivência profunda dos ensinamentos do cristianismo.

Por diversas vezes, auxiliou no trabalho de parto das mulheres pobres da beira do rio, muitas delas retirantes da seca do vale do Jequitinhonha. Por causa desse ofício de parteira, dizem, é que nunca tinha lençóis sobrando em seus armários. Benedito, meu avô, embora sentisse um pouco de ciúmes da dedicação social de sua *Cema*, a apoiava e auxiliava em sua incansável tarefa. Ele próprio assumira um grande encargo: regularmente lavava, vestia e barbeava os “doidos” da cidade. Era, por natureza, um contador de histórias e grande sábio. Comprazia-se em ouvir os casos contados no balcão da sua loja — a Casa Mineira — ou na janela da sua casa. Ao final da vida, os dois fizeram votos de pobreza, decidindo-se a não acumularem bens materiais. Queriam acumular apenas aquilo que levariam consigo para sempre. Com eles aprendemos a amar e a cuidar das pessoas que habitualmente são desprezadas na vida social.

O contexto: Vespasiano, o bairro Célia e seu PSF

Nesses quatro anos em que venho trabalhando como médica comunitária em Vespasiano, ouvi muitas histórias marcantes. No entanto, só mais recentemente passei a registrar esses “casos”, escrevendo as crônicas, gravando conversas, fotografando. Eu descobri que a nossa memória pode ser muito traiçoeira, fazendo que certas preciosidades dessa arqueologia humana viva fiquem perdidas para sempre. As histórias que relato aqui aconteceram no ambiente do “PSF Célia”. Esse é o nosso contexto.

Vespasiano é uma cidade jovem, aproximadamente cinquenta anos de fundação, situada a trinta quilômetros de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, e tem, aproximadamente, sessenta mil habitantes. Sua economia gira, principalmente, em torno das indústrias de cimento, metalurgia, cosméticos e materiais de limpeza. O nascimento do parque industrial foi o grande motivador do desenvolvimento da cidade. Apesar da proximidade com Belo Horizonte, é uma cidade com identidade própria, de

que fazem parte as famílias fundadoras, os fazendeiros da região, o povo migrado da região rural próxima, os primeiros estabelecimentos comerciais, o formato urbano inicial (atualmente, o centro da cidade), as tradições culturais e religiosas, tais como o “Boi da Manta” e a festa da padroeira, Nossa Senhora de Lurdes. Toda a região urbana, centro e periferia, é bem servida por escolas e postos de saúde públicos. O processo de municipalização do SUS tem-se desenvolvido de maneira contínua e sólida. Além das policlínicas, dos postos de saúde, das nove equipes de PSF e de um pronto-atendimento municipal, a cidade conta com um hospital municipal administrado pela iniciativa privada, várias clínicas de Medicina privada, laboratórios de patologia clínica, um grande número de estabelecimentos comerciais e serviços. Mais recentemente, tem apresentado um crescimento desproporcional em sua região periférica, constituído pela favelização crescente ao longo das margens da estrada que a liga a Belo Horizonte, a MG-10.

O bairro Célvia é uma das regiões mais antigas da cidade e tem sua formação coincidindo com o início da urbanização. Está localizado próximo ao centro do município, e muitos de seus habitantes migraram da região rural próxima, da *Serra do Cipó* e de *Jaboticatubas*. O bairro, com aproximadamente doze mil habitantes, em sua maior parte é servido por asfalto, luz, água, esgoto, transporte coletivo, coleta de lixo regular; é composto, no geral, por moradias modestas, mas bem estruturadas. Há um grande número de estabelecimentos comerciais, várias igrejas, duas escolas públicas, de ensino fundamental e médio, uma escola técnica e diversas associações civis. De excepcional, possui uma região de pobreza extrema, conhecida como a “favelinha do Bodé”, onde habitam cerca de quinhentas famílias. Uma favela com problemas idênticos aos das favelas de grandes áreas urbanas. O bairro, excluindo sua favela, tem aspecto semelhante às demais periferias das cidades da região metropolitana de Belo Horizonte.

A unidade do bairro Célvia foi inaugurada em outubro de 1998, sendo a quinta a ser montada em Vespasiano. Podemos

dizer que, na época da montagem do PSF Célvia, já havia uma maturidade no trabalho do grupo à frente da Secretaria Municipal de Saúde e, baseando-se em erros e acertos prévios, foi possível organizar um serviço bastante estruturado e operativo. O PSF não era algo completamente novo. Havia também a oportunidade de capacitação para todos os níveis profissionais envolvidos. Paralelamente, ocorria uma grande reestruturação do SUS municipal, que permitiu a distribuição regular de uma considerável variedade de medicamentos, materiais e insumos, ampliação do sistema de referência e da oferta de métodos diagnósticos. Em todo esse processo, é marcante a limitada participação da população nas decisões da Secretaria Municipal, e isso se deve à longa tradição de passividade e relação paternalista com os órgãos públicos.

Uma pequena casa para sediar o PSF foi alugada no centro da área a ser atendida, a poucos metros de um salão comunitário, que logo passou a ser utilizado para reuniões de grupos, ampliando nossa área física. A casa está muito próxima também do posto de saúde convencional, presente na região há muitos anos. O trabalho deveria ser integrado à rede de saúde pública já existente, como nas outras unidades. O PSF passou a cobrir uma área de aproximadamente mil e duzentas famílias, tendo como foco de atuação, as famílias da favela e das proximidades. A instalação do programa na casinha permitiu uma integração muito positiva e profunda com a comunidade atendida, que tinha aquela como sendo “a sua própria casa”. A atmosfera de lar é bem marcante nessa unidade. A distribuição dos cômodos da casa veio a favorecer a convivência integrada de ambientes e áreas de trabalho distintas, unindo naturalmente os espaços dos saberes científico, técnico, popular e doméstico: varanda, sala de recepção, sala das agentes comunitárias e mapas de situação geográfica e epidemiológica, pré-consulta e espera, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de observação e medicações parenterais, sala de vacinas, consultório médico. Além desses espaços, a casa oferece um banheiro, um vasto quintal, e uma simpática cozinha.

Também o processo de seleção dos profissionais para PSF já havia sido aprimorado em 1998, chegando-se a um critério do “perfil” ideal das pessoas com habilidades para trabalhar com saúde comunitária. Assim, houve uma confluência de recursos humanos e materiais, o que nos levou muitas vezes a chamar aquela unidade de “PSF cinco estrelas”. Na sala de mapas e situação epidemiológica é possível acompanhar o trabalho com indicadores, tais como o Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica — obrigatório pelo Ministério da Saúde), Takeda, mortalidade por causas, diarreias e doenças de notificação obrigatória, especialmente Tuberculose (TBC) e Hanseníase. Esse recurso permite que cada unidade tenha uma visão global do diagnóstico de saúde do município como um todo, mas especialmente da sua área, e assim possa planejar as estratégias de intervenção local.

A equipe central é composta por seis agentes comunitárias de saúde — cada uma delas responsável por uma *microárea* com duzentas famílias — duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, dois funcionários dos serviços gerais e uma recepcionista. Duas vezes por semana, contamos com o apoio de um carro oficial (uma Kombi) com motorista. A minha experiência na primeira equipe de PSF em Vespasiano possibilitou a assimilação imediata das tarefas “técnicas” implicadas no programa e o desenvolvimento de um cronograma que possibilitasse a realização de todas as atividades previstas para o médico no programa: puericultura, pré-natal, consultas regulares em medicina geral de adultos e crianças, atendimento das urgências, tratamento de TBC e Hanseníase, visitas domiciliares, acompanhamento de curativos, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, atendimento de idosos, etc. Essa experiência possibilitou-me ainda amadurecer uma forma de trabalho em equipe que consiste, basicamente, em tentar trabalhar “em círculo”, buscando uma atuação conjunta para os problemas a serem abordados: cada profissional com o seu saber. E essa forma de trabalho, eu ampliei, na medida do possível, para os trabalhos em grupo, envolvendo os usuários, tais como

os grupos de cuidados com a pressão arterial e os diabéticos. Tornaram-se instrumentos essenciais nesta busca por uma relação mais igualitária no espaço de trabalho e com a população: o respeito intrínseco pela pessoa do outro — seja ele trabalhador da saúde ou usuário, o saber ouvir e a flexibilidade para *trabalhar em conjunto*, abrindo mão de um resultado predeterminado perfeccionista, para alcançar algo que reflita a participação de todos.

Nessa equipe, vim a conviver com seis das melhores agentes de saúde *do mundo!* Como gosto de dizer. Valéria, Fátima Geralda, Samira, Sandra, Anaílde e Claudineia, todas elas naturais de Vespasiano. Nasceram em famílias humildes e esforçaram-se muito para estudar e alcançar uma vida melhor. Dedicadas, inteligentes, sábias e altruístas, elas adotaram uma legião de crianças, mulheres, idosos, loucos, bêbados, doentes, favelados e discriminados. Tomaram suas dores e suas causas como as de seus próprios filhos, e venceram muitas vezes. Ignoraram os inúmeros limites e dificuldades existentes e puseram-se a trabalhar pela consolidação das ações do PSF e pela saúde dos seus “protegidos” com muita coragem e sem vantagens pessoais. Elas recebem um salário menor, R\$ 180,00 ao mês, mas estão lá diariamente, sempre felizes e bem-dispostas, faça sol ou faça chuva.

Ao time de agentes somaram-se a simpatia e gentileza da Ilza, na recepção; a competência e habilidade da Simone, nossa enfermeira; a excelente formação profissional da Fátima e da Lionete, auxiliares de enfermagem; o compromisso e dedicação da Bete e “seu” Zé Maria, responsáveis pelos serviços gerais. Bete e “seu Zé Maria” também cozinham para nós e acabaram construindo duas grandes hortas nos fundos da casa do PSF e do antigo posto de saúde. A intenção era dar o mote para participação popular, tentando chegar a uma horta comunitária. Mas este ainda é um sonho da equipe.

Como em muitas outras experiências de PSF, não deixamos de vivenciar inúmeros conflitos e atritos. Eles aconteceram no âmbito da equipe e também, por diversas vezes, no convívio com

a população. Cada membro vivenciou individualmente suas próprias crises, embora apenas alguns as externassem. O contato muito frequente e intenso dos membros entre si e de todos com a população, a heterogeneidade das categorias profissionais e a grande pressão por *produzir* são fatores que desencadeiam os atritos e insatisfações frequentes. Mas no caso do PSF Célia, viemos a descobrir, no dia a dia de trabalho, uma grande afinidade de valores entre os membros da equipe central. Essa afinidade existia principalmente na postura gentil e respeitosa diante das pessoas, na disposição incansável para o trabalho, na busca pelo bem comum e na grande criatividade no desenvolvimento das tarefas. Eu quase poderia dizer de uma *ética* comum, a despeito de todas as diferenças existentes. Essa postura, ou ética comum, possibilitou a superação dos conflitos e uma vivência do cotidiano com amizade, alegria e compartilhamento, independente do grau de instrução ou do poder aquisitivo. Embora a equipe tenha sofrido algumas substituições iniciais, depois caminhou de maneira mais estável, vindo a estabilizar-se em torno deste grupo acima.

**Em torno a nós, o mosaico vivo:
o bairro Célia, com seus habitantes**

*Santa Maria passou por aqui,
Seu cavalinho comendo capim...*

Pic. . . pac. . . pic. . . pac. . . pic. . . O som do verso cantado no ritmo da enxada que bate no chão entra pela janela e invade meu consultório na manhã quente de janeiro. Junto com ele, vem o cheiro da fumaça do fogão a lenha da nossa vizinha dona Carmelita e o som metálico da fábrica de móveis tubulares no quarteirão de baixo. O rádio de outra vizinha toca alto o sucesso *Morango do Nordeste*, e ela faz coro com o cantor:

Estava tão sozinho quando ela apareceu [. . .]

Tudo estremeceu [. . .]

Meus amigos dizem que eu sou demais,

Mas é somente ela que me satisfaz [. . .]

Aaaaaaaah, é o amooooooooor,

Aaaaaaaaaaah, é o amoooooor.

A janela dá para a horta no fundo da casa. Como o mato cresceu muito com a estação das chuvas e o Zé Maria sozinho não conseguiria fazer o serviço, foram chamados homens do serviço de *capina* de ruas, servidores da prefeitura, para fazer a limpeza. São onze horas da manhã e os sons de fora vêm a mim em fragmentos, enquanto avalio os resultados de um hemograma. À minha frente, a dona do mais normal dos exames parece decepcionada: sente um cansaço, um desânimo, uma angústia por dentro. *Algo que só pode estar no sangue*, em sua opinião. A porta do consultório abre-se vezes seguidas para diferentes demandas e os sons da sala de espera misturam-se aos de fora: um murmurinho de conversas sobre cotidiano e os motivos do porquê cada um está ali, além do choro das crianças. Lá fora, o trabalho continua:

Santa Maria passou por aqui,

Seu cavalinho comendo capim. . .

. . . isso é marido que num tá dando mais nada em casa. . .

Respeita, sô! Uma enxadada na cabeça dói, que só ela!

Êh, Jão. . . Quem mais fala é quem menos faz! Vai ver que nem tá dando conta da (mulher) dele, fica dizendo que tem mais de duas.

Mas se comê catuaba, arresorve rapidinho, fica novo. . .

Êh, gente, óia o serviço que tem pra fazer e essa conversa fiada d'ocês!

*Santa Maria passou por aqui,
Seu cavalinho comendo capim. . .*

Pic. . . pac. . . pic. . . pac. . . pic. . . As enxadas batem o chão quente, Dona Carmelita frita a linguça, a fábrica para para o almoço, a música mudou e eu medito sobre o cansaço e a angústia que o hemograma não confirma.

Luciano, um artista

Luciano, o filho de Amparo, tem dezoito anos e “não deu para a escola” — expressão que popularmente é dita referindo-se a crianças com alguma deficiência intelectual —. É alegre, comunicativo e comparece mensalmente com sua mãe ao “grupo da pressão”, como acompanhante. “Não deu para escola”, mas sabe fazer de tudo o resto. Está cadastrado no nosso serviço na pasta que recebe o nome título, o rótulo, de DME (Deficiências mentais). Sigla que discrimina normais de anormais. Mas Luciano cozinha, desenha e canta. Ele canta alegre como um passarinho e adora louvar o Senhor. Depois do Senhor Deus, é ao Cruzeiro (time de futebol mineiro) que ele ama mais. E depois, ama sua mãe, seu pai, seu irmão e a Valéria, sua agente de saúde. Luciano entrou, recentemente, junto com sua mãe, para uma igreja pentecostal. A pastora lhes garantiu que não havia proibição, por eles serem católicos apostólicos, batizados e devotos de Nossa Senhora da Conceição. O importante é louvar ao Senhor. Levar uma vida direita. Fazer o bem. A igreja tem um grupo de jovens que se reúne aos fins de semana para jogar futebol. Luciano é capitão do time. Capitão e também regente do coral da sua nova igreja. Sua mãe nos conta que aos domingos ele se ajoelha no chão com fervor e ora com toda a sua fé, com toda a força de suas palavras. Em sua oração ele pede por nós, seus amigos do posto. Especialmente Valéria. E Luciano canta alegre e extremamente afinado para nós, o hino evangélico:

*Quando fecho os olhos,
Sinto lágrima rolar,
Quando o Espírito Santo
Vem me iluminar.
Quando começo a orar,
O fogo vem me queimar
É fogo para todo lado,
Sem ter hora de acabar.
É fogo santo, é fogo do altar
É fogo puro que está neste lugar.
Quando eu fecho os olhos,
Sinto lágrima rolar. . .
É fogo para todo lado,
Sem ter hora de acabar!*

ALELUIA!!! ALELUIA!!!! ALELUIA!!!

Eu gravo essa música e algumas outras no gravador. Ao final, ele ouve sua própria voz e me diz:

– Aí está, dotora Iracema! Em casa a senhora fica ouvindo, para a senhora se lembrar de mim. E sábado vou fazer uma canjica pró cês! Vem lá em casa, viu, gente. ALELUIA!!!

E conto a vocês que a canjica do Luciano e do Xumbica, seu pai e marido de Amparo, é das mais gostosas que já comi. Fomos lá algumas vezes, aos sábados pela manhã, em visita informal. O Xumbica é daquelas pessoas com que se pode conversar por horas, sem se cansar. Teve uma vida muito rica de experiências. Quando era moço, já foi palhaço de circo, jogador de futebol e até acompanhou manada de cigano. Já morreu uma vez, quando pulou de uma ponte para nadar no rio. Tinha então doze anos. No meio do velório, ressuscitou. Fez a mãe, os irmãos e demais presentes saírem correndo, apavorados com a assombração. Não fez de brincadeira, não. Morreu de verdade mesmo e depois ressuscitou. Sabe fazer benzeção de todo jeito: sarar chiado, fazer descer

a “misturação” (menstruação), arrumar marido. Ensinou para as três solteiras do grupo — eu, Fátima Geralda e Claudineia uma boa simpatia para acabar com esse mal, a solteirice: ferver, na água, rosa branca e vermelha e tomar banho por três sextas-feiras seguidas. E não secar com toalha depois. Se secar, acaba o poder.

Minha margarida querida

— “*Tchau, tchau, pequetita, tchau, tchau! Cuida bem da mamãe pra mim. Tchau, tchau, pequetita, tchau, tchau. . .*”

Esperança, minha margarida querida, chega à unidade. Vem alegre e brejeira, cantando, sorrindo e saudando a todos. Nas mãos, uma primavera de flores que colheu nos jardins do caminho, descendo o morro. Traz-me ainda ameixas silvestres — colhidas no seu quintal, logo antes de sair e vários recortes de jornais.

— Olha aqui, tia, tudo pra você!

Ela me abraça forte, cheia de afeto e entusiasmo.

— Tia! Mas que blusa bonita ocê tá usando hoje! Ô tia, quando eu ganhar dinheiro, vou lá em Belo Horizonte comprar uma blusa bem bonita pró cê, florida, de botão assim, ó. . . Vim passar o dia com ocês hoje, o Antônio já foi trabalhar e eu tava sozinha e então eu vim. O doido do menino da dona Maria tá jogando m. . . (excrementos) lá em casa. Eu num tô aguentando mais esse povo! Vou sentar aqui, pode, tia? Vou ajudar ocês. *Tchau, tchau, pequetita, tchau, tchau. . .*

Esperança canta e roda pela sala, alegre e pura em seu vestido estampado. Parece uma menina de nove anos em sua alegria e espontaneidade, mas na verdade tem quase cinquenta anos e é portadora de problemas mentais: esquizofrenia. Tem um único filho, de vinte e cinco anos, com quem mora.

— Esperança, que bom que você está aqui! Estou feliz em vê-la. Olhe, agora eu estou atendendo essas crianças. Você senta aqui e me guarda.

— Sabe, tia, minha barriga tá crescendo, tá grande. Lá naquele hospital que me internaram da última vez, um enfermeiro veio mexer comigo. Eu não queria, mas não teve jeito. A senhora acha que tô esperando neném?

Esperança nos cativou desde o primeiro momento. Virou uma espécie de filha adotiva de todos nós, mais especialmente da agente Anaílde. Sempre nos surpreendeu com seus comentários perspicazes e engraçados. Roubou-nos várias horas de preocupação: seu filho trabalha e estuda, numa jornada extremamente puxada, e ela passa o dia sozinha em um barraco muito modesto. Nossa preocupação principal era o uso correto da medicação neuroléptica e também o receio de acidentes com o gás de cozinha, etc., pois tinha de se cuidar sozinha. Contava com pouca ajuda e simpatia dos vizinhos. Tínhamos medo de que lhe acontecesse alguma coisa. Quando sumia por muito tempo, Anaílde ia atrás. Um dia, descobriu-a completamente desidratada. Estava há dias sem comer, com diarreia. Foi levada à unidade de saúde, hidratada e medicada diariamente, tipo “clínica-dia”, até recuperar-se. Sempre foi muito difícil saber se usava ou não a medicação corretamente. Um dia, veio com essa história de que podia estar grávida. . . Ficamos divididos entre a pouca probabilidade e a real possibilidade. Fosse ou não fantasia, tinha de ser investigado. Para alívio de todos, os resultados vieram negativos. Vigilância redobrada.

Há algumas semanas, fiquei muito triste. Esperança “descompensou”. Ia diariamente à unidade muito agitada. Cantando alto, falando muito, com várias sacolas de roupas, que trocava vezes seguidas. Tomava banho, horas cantando no banheiro. Os outros usuários olhavam-na consternados. Tentamos, por alguns dias, sedação na unidade, em ritmo ambulatorial, sob orientação do psiquiatra. Não adiantou.

— Ai, ai, tia, não me fura mais, não. A senhora já me furou quatro vezes hoje. . . Eu vou ficar quietinha. . . Pede pra esse pessoal aí falar mais baixo que aqui não é feira, não! Aqui é lugar de repouso! Eu quero comer! Pede pra Anaílde me trazer *morango*?

O pedido surrealista de morango, uma fruta rara e cara por aqui, fez-me rir. Ela virou-se de braços, resignada, para receber mais um sedativo. Até que, no quarto dia, Antônio nos procurou desesperado, chorando. Desabafou:

— Olha, desse jeito, eu quero morrer! Uma vida dessas, não quero viver! Eu tenho de trabalhar, emprego tá difícil. Lá na firma, tão mandando embora por qualquer coisa. Essa semana eu falhei todo dia. O encarregado já não quer nem saber. Eu estudo até tarde e chego em casa e ela não me deixa dormir. Eu preciso dormir! Ela fica falando direto em meu ouvido, andando pela casa. Os remédios da senhora acabam o efeito à noite. Parece que o corpo já acostumou com eles. Às vezes, sai pra rua no meio da noite e vai caçar bar, movimento de gente. E eu tenho que ir atrás. Ah, não, não dá! Assim não dá para viver! Eu me esforço para comprar tudo que ela gosta, as frutas, o iogurte. Só coisa cara. Não deixo faltar nada. Mas não tem jeito. As pessoas falam pra eu casar e ter filhos. Mas como? Com uma cruz dessas? Só morrendo que dá jeito! Eu quero é morrer. Eu tô doente há dias e nem posso me consultar, só trazendo ela.

— Você está doente?

— É, com sinusite. Uma dor forte na testa e catarro no nariz. Tô tossindo de noite também.

— Bem, Antônio, eu não gosto mesmo de internação psiquiátrica. Faço o possível para contornar sem a internação, mas agora a gente tem de admitir que não está dando. Posso pedir a internação da sua mãe? [. . .] E com relação a você, a gente tem de tratar logo esta sua sinusite e você deve voltar aqui para conversarmos com calma sobre os outros problemas. Nós todos aqui admiramos muito você, com todo o seu esforço. A gente o compreende. Aqui está o pedido de raio X de urgência, e os medicamentos para começar. Acho que você está precisando dormir um pouco, alimentar-se. . . Agora que sua mãe vai descansar na clínica uns dias, dá para você recuperar-se. Veja você quando o raio X estiver pronto. Boa sorte e Coragem!

Há alguns dias, Esperança recebeu alta e voltou para casa; nossa margarida não era mais a mesma, no entanto. Choques, altas doses de medicamentos, isolamento. De alma menina passou a parecer-se com uma velha parkinsoniana. Não trazia mais flores. Vinha raramente ao posto. Dormia várias horas por dia. Anaílde ficou muito triste e me disse:

— Ah, doutora, eu preferia ela do outro jeito!

E eu também, pensei.

O frio de Amsterdam

Márcia tem dezessete anos e uma aparência muito graciosa: é alta, pele morena, cabelos longos, sedosos e cacheados. O sorriso enfeita a face de pêssego. Destacar-se-ia em qualquer ambiente, pela sua beleza. Mais ainda ali. Veste-se com simplicidade. Excessiva simplicidade: quase nada é tampado pela minissaia e miniblusa. Quer dizer alguma coisa importante, mas não diz. Olha seguidas vezes para a porta do consultório e enrola dizendo sintomas sem sentido. Eu me levanto e tranco a porta. Então ela me conta que está com sangramento vaginal há seis meses, desde que chegou de Amsterdam.

Para não assustá-la e interromper a difícil confissão, ouvi a palavra *Amsterdam* como se ouvisse Betim, Caetanópolis, Conceição do Mato Dentro. Ela continuou dizendo uma história daquelas que se lê nos jornais todos os dias e não se acredita. Márcia, que é a sexta dos nove filhos de uma família muito pobre, conheceu, um dia, um homem que lhe prometeu tudo: casa, joias, roupas, carro, empregados, filhos e viagens. Começariam viajando para a Holanda, onde ele tinha negócios. Lá se casariam, na igreja e no papel. Despediu-se das amigas sentindo-se princesa encontrada, ex-gata borralheira. Mas no frio e úmido inverno holandês, o que Márcia encontrou foi o descaminho. Coagida a se prostituir pelo príncipe que virou cafetão, acabou engravidando de um cliente.

Para tornar a coisa mais complicada, ele era usuário de drogas. Acabaram presos. Foi obrigada a abortar. Abortada e deportada. E como que para não se esquecer da árdua experiência, restara o sangramento.

Festa de Aniversário

Maria é mãe de Lídia e é *juntada* com Sinval, um *véio* que achou depois que enviuvou do pai de Lídia. Maria porta uma prótese ocular bastante evidente, suja, torta e mal colocada à esquerda, tampando muito vagamente o estrago causado em uma briga com Lídia, que lhe feriu o olho com uma faca. Mas isso aconteceu há muito tempo. Hoje, já fizeram as pazes. Maria até ajuda a filha a cuidar das crianças. Lídia frequenta o serviço devido à desnutrição de suas quatro crianças e não aceitou participar do planejamento familiar, pois o marido é pregador de uma igreja que não permite evitar filhos. Tem de ter quantos Deus mandar. Ela pode sair à rua com as crianças para pedir esmola — coisa que faz regularmente — que isso não é pecado. Lídia, seu marido, suas crianças, o *véio* de Maria e Maria moram em uma *vila* na região alta do bairro. Na *vila* moram também Aparecida, Manoela, Joaquim, Célia, Carlos e seus vários filhos — todos parentes, de uma maneira ou de outra.

Vila é uma palavra muito usada na região periférica para designar pequenas aglomerações que ocupam terrenos menores, geralmente lotes residenciais. Essa nossa pequena vila está ladeada por residências melhores, cujos proprietários ignoram sua existência e a de seus moradores. As casas da vila são de papelão, lata, madeira de caixotes, lona, tecidos, plásticos, carpetes e um pouco de alvenaria e telhas: materiais ganhados, achados, catados, reciclados e, às vezes, até comprados, quando é possível fazer *um bico* (expressão que define trabalho temporário) ou vender alguns litros de desinfetante de fabricação doméstica. As casas formam um meio círculo, com um pátio de terra no centro, que invariavelmente

está ocupado pelas crianças, pelos cachorros e por varais de roupa que cruzam o ar: é o *playground* e a área de serviços do humilde condomínio. Um portão de madeira, instalado em uma cerca muito bamba, dá a noção de limite com a rua — bem ou mal, como se diz. Poderíamos até dizer que a economia de vila gira em torno da fabriqueta clandestina de desinfetantes, cujo saturado aroma de *pinho* confere ao ambiente uma paradoxal atmosfera de frescor e nos faz pensar que tudo é azulejo branco, brilhando de limpo, como nas propagandas da TV. A fabriqueta está instalada em um metro cúbico bastante lodoso e caótico e é comandada por Dioneia, uma senhora corpulenta, de temperamento forte e decidido.

A agente comunitária responsável pela vila levou-me até lá diversas vezes. Ela queria que *eu visse com meus próprios olhos* o estado (de pobreza e sujeira) em que viviam, seus hábitos e costumes. Em sua opinião, a pessoa pode ser pobre, mas não precisa ser desleixada, preguiçosa, suja. *Ela queria mudar aquela situação*: ia à vila semanalmente e tentava orientar as mães a vestir roupas e calçar sapatos nas crianças, a não as deixar brincar próximas às fezes de animais, a lavar adequadamente os alimentos antes de comê-los e a lavar as mãos antes e depois de evacuarem e urinarem. Em resumo: noções básicas de higiene e cuidados pessoais. Cadastrou todos e tentou encaixá-los nas diversas atividades oferecidas pelo PSF. Conseguiu apenas que as mães levassem as crianças menores de um ano para a puericultura. Por diversas vezes, manifestou sua frustração com os pequenos resultados obtidos. *Eu deveria ir lá*, em sua opinião, *e ensinar para ver se ouvindo-me falar eles aprendiam*. Fizemos muitas visitas, durante as quais eu observava o ambiente, prestava atendimentos domiciliares, medicava e, após, conversava com a agente sobre minhas impressões. Em minha opinião, a vila precisava de um trabalho mais profundo que meras orientações sanitárias e tratamentos focais.

Decidimos que faríamos visitas regulares de apoio. Com as visitas, pretendíamos, aos poucos, construir a confiança e, através da confiança, conhecer melhor a vila e seus moradores. Esse era o

começo. A partir daí, poderíamos perceber quais seriam os caminhos que deveríamos trilhar *com eles*.

Em uma dessas visitas de apoio a Maria e Sinval, encontramos a casa de chão batido cheia de pessoas novas. Oito ou nove pessoas, além do casal, circulavam naturalmente pela casa. Algumas crianças brincavam alegremente, correndo pelo espaço pouco reduzido. Quem eram? Responderam vagamente que era a irmã de Sinval e uns sobrinhos de ambos, com seus respectivos filhos. E o que faziam ali? Ah, vieram apenas passear e acabaram pernoitando. Exceto por isso, era uma manhã como todas as outras, na vila. Se a nós parecia estranho que a humilde casa recebesse hóspedes, a eles parecia muito natural. O feijão cozinhava lento sobre um fogão de barro que enfumaçava as paredes da cozinha. Alguns poucos mantimentos estavam guardados na estante, juntamente com panelas e utensílios de cozinha, em um canto: arroz, café, fubá, feijão, macarrão, açúcar, alguns limões e algumas cebolas e batatas. Havia uma ordem em tudo, embora fosse difícil compreendê-la, embora não fosse a ordem que queríamos ver. Sinval, muito magrinho, grisalho e simplório, sorria tímido para nós: a casa, agora, estava mesmo boa! Tanta gente! *Êta coisa boa, só!* Ofereceu o braço, todo satisfeito, para que fosse medida a pressão arterial, arregaçando a manga da camisa larga, amarrotada e puída. Depois ofereceu café e água, mas ninguém da equipe aceitou. Aquilo pareceu constrangedor, mas a atenção foi desviada pela conversa longa e queixosa de Serafina, a irmã de Sinval, que queixava-se de tudo em seu velho corpo. Sentia um conjunto interminável de dores, em diferentes lugares, de intensidades variadas. Havia dor de todo jeito, cada uma surgida em uma situação, que queria detalhar.

Sinval aproxima-se novamente. Chega perto e pergunta se era possível aposentar-se. Indago-lhe quantos anos tem, qual a sua idade correta. Pensou, pensou e consultou a carteira de identidade, guardada no bolso da camisa. Inseguro, passou-a a mim, para que eu mesma lesse os dados.

Sinval, você tem sessenta e sete anos. Você nasceu em 5 de junho de 1932, correto? Mas. . . Sinval, hoje, são cinco de junho! Hoje é seu aniversário. . . Parabéns!

Ele olhou sorridente para mim. Não disse nada. Então eu entendi. Estavam todos ali para festejar com Sinval seus anos bem sobrevividos, ainda que nós considerássemos os copos mal lavados.

Lena

(Bilhete da auxiliar de enfermagem colocado sobre a mesa de consulta antes de entrar a paciente.)

“Doutora, esta paciente que vai entrar agora está magra assim por causa do marido, que faz sexo com ela vinte e quatro horas por dia, e ela não aguenta mais! A vizinha é quem disse.”

Lena entrou, sentou-se com o rosto vazio de expressão e disse apenas que queria umas vitaminas, pois estava fraca. Perguntei como estavam as coisas. Não disse nada. “Bem”. E em casa? “Bem”. E esta fraqueza, o que você acha que está faltando? “Muito serviço em casa”. Prescrevi um “polivitamínico” e marcamos retorno. Era preciso construir uma possibilidade de continuar a abordagem. O medicamento era esse “gancho”.

No retorno, Lena mantinha seu silêncio e sua resignação. Fácies cadavérica e triste. Com vinte e cinco anos, parecia ter cinquenta. Pediu apenas que queria ser submetida à “perinha” (perineoplastia). Foi examinada pelo ginecologista e encaminhada à cirurgia. No pós-operatório imediato, a agente comunitária é chamada pela vizinha, pois está “sangrando e doendo muito”. Telefonamos para o hospital e marcamos o retorno com o cirurgião imediatamente. A ajuda da equipe não foi aceita. O marido “posado” na porta diz que está tudo bem e olha para ela largada no fundo do sofá, “não é, bem”? Lena balança a cabeça afirmativamente. Há boatos de que ele a forçou a manter relações sexuais

no pós-operatório, logo ao voltar para casa. Sandra, a agente de saúde responsável, sente-se indignada. Todos estão penalizados. Fátima apenas comenta:

— Dói tanto esta cirurgia! É mesmo um animal, esse homem. O que a gente faz, doutora?

— Não faz nada.

Mas ficaremos atentas ao dia em que Lena resolver falar.

Força para morrer

Roberto pede para falar com a médica da unidade. Há muitas pessoas aguardando para serem atendidas, e eu mando perguntar se é urgente, o que é. Então recebo a resposta “é caso de vida ou morte”. Peço para entrar.

Ele está aflito, semblante constricto.

— Olha, dotora, é sobre o Geraldo; um cumpadre lá dos lados de Baldim. . . Ele tá em minha casa, mas à beira da morte. Câncer de esôfago. Já nem come mais. Não tem força nem de fazer a cirurgia de alimentação. Coisa triste de se ver. Não aguenta nem morrer. Os médicos já disseram que é só esperar a morte. Mais nada a fazer.

— E então, Roberto, como eu poderia ajudá-lo? Em que lhe posso ser útil?

Sabe, doutora. . . É mais uma coisa bem simples, queria mesmo só fazer uma pergunta. O povo antigo diz que, quando alguém tá sem força até para morrer, que a gente dá leite de peito e a pessoa aguenta ir. Eu queria saber sua opinião: se eu der o leite de peito pro Geraldo e ele morrer, a senhora acha que eu tô matando ele?

Eu pensei naquele homem esquelético e moribundo, aguardando a passagem para o outro lado, arfante. A morte. A última expiração. A diástole final. A imaterialidade. A evaporação. Os que o acompanhavam também viviam o processo. E depois? A

morte sempre nos faz parar. E pensando no Geraldo, a turbulência da manhã desapareceu. O conflito do Roberto era tudo, naquele momento. Eutanásia? Ele aguardava atento, minha ruminação. O momento convidava à filosofia. . .

— Bem, Roberto, para mim, essa é uma hora muito sagrada — a da morte. Tão importante como o nascimento. . . E eu acredito que, assim como ninguém nasce por acaso, também ninguém vai embora antes da hora. Todos nós chegaremos lá um dia. Eu penso que tudo o que vocês fizerem para apoiá-lo e confortá-lo, será muito valioso. O leite de peito é mesmo muito especial, muito nutritivo. Eu vejo que vocês estão querendo ajudá-lo, e não entendo isto como um crime. Vá em frente, dê o leite de peito e também outros líquidos, se ele tolerar. A hora dele vai chegar naturalmente. Se precisarem, estou por aqui.

— Então, estou mais tranquilo. O resto, a gente vai ter de ter paciência mesmo. Muito obrigado.

Esmeralda e Miúda

Esmeralda vai morrer em breve. O câncer avança implacável. Da mama para o abdome, daí para o reto numa feia fistula. Emagrecida, caquexiada, consumida. Mas os olhos vivos e brilhantes estão atentos ao mundo. Pode-se ver ali uma clara consciência de tudo, embora o corpo esteja decompondo-se em vida. Ousei as primeiras palavras:

— E aí, como vai?

— Ai, minha filha, estou morrendo. Deus está me levando aos poucos. Deus sabe o que faz!

Está em Vespasiano para o tratamento, mas já chegou tarde. A filha, Bila, mora num barraco muito pequeno e precário, no meio de uma íngreme encosta, num beco escorregadio por esgoto e fezes (humanas, caninas, felinas, e outras piores). É muito difícil descer, não temos onde apoiar as mãos carregadas de objetos.

Os pés deslizam nos tijolos sinuosos. Lugar perigoso. Marginais. Só com o “sinal livre” deles é que podemos descer. O pequeno portão de madeira remendada está fechado. Um cachorro pestilento late atrevido. As crianças estão sentadas no chão com roupas mínimas amarrotadas, sujas e cheirando a urina. Ao redor, suas fezes se misturam às fezes dos cães. Duas mulheres jovens estão a cozinhar e tosse por causa de tanta fumaça de um fogão de lenha improvisado no chão. A amiga veio morar na casa, com a filha adolescente, Miúda. Não se entende por quê. O banheiro é um caixa de madeira com um cano no alto, o chuveiro. Panos, papelões e plásticos forram as paredes. Comem mingaus suspeitos. No quarto único para cinco adultos e três crianças, há uma cama de casal e um beliche. Esmeralda está deitada na cama de casal, moribunda. Numa pequena estante, os objetos pessoais e roupas de todos. Retratos dos familiares, recortes de revista com faces de artistas colados nas paredes, pequenos bibelôs, bichos de pelúcia fazem a decoração. Limpos e sujos. Tudo no chão, esparramado, o que não coube na estante. Em meio à sujeira, brilham os olhos de Esmeralda e a juventude de sua enfermeira dedicada, a Miúda. Miúda é cândida e suave. Passou a namorar o neto de Esmeralda e tomou-a como avó.

Na segunda visita, encontramos o ambiente completamente transformado. É sempre assim. Nunca ousamos falar que façam isto ou não façam aquilo. Na maioria dos casos, em situações críticas como esta, notamos que nossa visita funciona como apoio e estímulo. Sentiram-se valorizados. Miúda e o namorado mudaram os móveis de lugar, forraram um grande pano nas paredes, com imagens de bonsais japoneses. Aquela orientalidade repentina no grande painel trazia uma harmonia imensa ao ambiente. A estante estava arrumada e o quintal sem excrementos. Ainda a mesma pobreza, mas, ao contar com nosso apoio, sentiram coragem e vontade para fazer algo diferente. Queriam partilhar conosco o que também têm de bom. Ajudamos Esperança a sentar-se na cama. Ela vê uma prancheta em minhas mãos e pergunta se pode

escrever. Os cabelos grisalhos arrumados em um coque no alto da cabeça lhe dão um aspecto de nobreza e dignidade. Ela toma a caneta em suas mãos trêmulas e escreve, em grandes letras “Esperança Batista”. Comenta algo sobre seu tempo de menina na escola. A letra é trêmula, mas muito bonita. Repete “Batista”. Olha para nós e sorri. Ao seu lado, a dedicada enfermeira nos conta sobre a alimentação. As ricas e saborosas sopas que prepara para a sua paciente. Está orgulhosa de seu trabalho. Miúda brilha em sua pureza e bondade. Quinze anos. Conta-nos que a menstruação atrasou, acha que está grávida. Olho para o seu ventre sob o vestido e uma barriguinha se avoluma. Ela está feliz e sente-se mais madura ainda. Tem seu homem, e agora, um filho desse homem. Os dois jovens começam, finalmente, a ter algo de si mesmos. Um filho. Ali mesmo, no leito de morte da sogra-avó, começamos o seu pré-natal ao preenchermos os pedidos de exames.

Agora faz quatro meses que Esmeralda faleceu. Miúda comparece regularmente para as consultas de pré-natal. Disse-me que o bebê vai nascer cabeludo, pois tem tido muita queimação no estômago. Ofereci-me para prescrever-lhe um antiácido, mas não aceitou. Se tomar, dizem, o bebê nascerá careca. E não precisa remédio, que não incomoda tanto. . .

Gil entre crisântemos amarelos e brancos

Gilson está deitado sereno entre crisântemos amarelos e brancos. Há uma súbita perfeição na combinação das cores das flores que decoram o corpo no caixão e as cores do barraco: paredes impecavelmente brancas, portas e janelas amarelas. Luzia está arrumada e maquiada, e, apesar da singeleza, posta-se elegante e responsável ao lado do esposo morto. Está um pouco aérea, sorrindo. Feliz que tanta gente veio ao velório. Tudo aconteceu rápido demais. Lá fora, nos becos, gente em pé encostada nos muros, ou agachados, conversando as conversas de sempre dos velórios. No pequeno e

único quarto da casa, as crianças pulam sobre a cama. O mais velho está lá fora ao lado do seu cãozinho, o Titã, que dorme dentro do forno de um fogão velho, que serve de casinha. Gil se foi. O pastor faz sua última preleção, as últimas palavras antes da terra macia. A seguir, o grupo carismático reza e canta. Ecumênico. Nós estamos lá e nos emocionamos. Impossível não se sentir torcida por dentro. Doída. Gil era mesmo bom. Mas o álcool foi mais forte. Depois veio a hipertensão maligna e, por final, os rins falharam. Como fora em vida, tranquilo e silencioso, se vai. Um velho sujo, meio aleijado e malcuidado entra na modesta sala e passa a mão pelo rosto do homem no caixão. Sua face se contorce. Sua expressão é de dor, de pena, de tristeza. Aquela face simboliza todos nós ali.

A rádio capeta

Bituca ouve vozes. Chama-me no canto e diz que a rádio Capeta fica enviando mensagens do mal a toda hora para sua cabeça. Fala-lhe no ouvido.

— É verdade, doutora! Uma caixa preta, escondida na casa do vizinho, é a antena que recebe as mensagens da rádio Capeta. O mal, doutora. O MAL! Acredita, doutora? Mas Jesus tem meu coração. Quanto mais alto a rádio fala, mais alto eu rezo. Eles querem me pegar, mas Jesus não deixa.

— Eu acredito, Bituca. Já lhe disse que acredito. Eu quero saber o que é que eu vou fazer com essa sua glicemia: 500!!!

— A insulina, doutora. É difícil no fim de semana. O posto tá fechado. Tem de ir lá em baixo, no centro. Eu manco desta perna (aponta a coxa esquerda, já me contara o caso mais de trinta vezes) a senhora sabe, já te contei. Quebrei ela há muuuuuito tempo, oh, faz mais de quinnze anos. Foi. . . (e inicia um outro caso). Eles botaram parafuso, mas ficou mais curta e agora dói. A senhora tem de passar os comprimidos de insulina pra eu tomar no fim de semana, que a mulher não consegue aplicar nemim,

não. Viu, doutora, os comprimidos de insulina resolve, adianta sim. Eu já usei deles, Dr. Juvenal passava. Não sei o que é agora que ela tá subindo tanto. Eu num como nada. Nada mesmo. Pergunta pra mulher. É um tiquinho só de comida. Eu num tô entendendo. É coisa do capeta. Eles fica falando no meu ouvido e a glicose sobe. Pois eu num era assim!

— Bituca, os comprimidos são fracos quando a glicose tá tão alta! Só serve a insulina. Não tem outra maneira de tratar, não. Vamos ter de dar um jeitinho para o fim de semana, temos de aplicar a injeção de insulina.

Após um ano de seguimento, tendo-o sempre sob nossos olhos, conseguimos mais vitórias que derrotas. Chegamos a 138 (!!!) de glicemia, com recaídas para 200. O quadro de delírio melhorou com as visitas frequentes à psiquiatria, embora a caixa preta captando mensagens interplanetárias do demônio o acompanhasse sempre. Estava sempre ali, na sala de pré-consulta, aguardando-me. Chegava cedinho em jejum, fazia sua glicemia e tomava a insulina. Comunicava-me o resultado, diariamente, interpretava as altas e baixas e decidia como seria o seu dia. “Hoje eu vou lá em Lagoa Santa buscar uns papéis, que fulano, etc.” Um dia, por engano, o Bituca pediu esmola à Simone, nossa enfermeira, que mora em Lagoa Santa. Ao reconhecê-la, desculpou-se e fugiu envergonhado.

Numa segunda-feira, chego ao posto e noto uma tristeza no ar. Falta algo. Então me contam que Bituca se foi. Bituca não está mais entre nós. Infarto. De mansinho, na calada da noite. No alto e no baixo. No alto e no baixo, com sua marcha torta, seu corpo pequenino. Sinto saudades de sua verborragia delirante diária. De sua rádio Capeta. Ficaram para trás Maria, os dois meninos e Lúcia. A horta de Bituca secou. A vaquinha vai ser vendida com o bezerro novo. Ainda tem o pé de urucum carregado, esperando coragem para fazer o corante. Lúcia sente muita falta do pai, mas, no universo infantil, encontra suas explicações e vai levando alegre a vida. Sobe em árvores, faz capitão de barro para

brincar, enfeita sua penteadeira com pequenos objetos e bijuterias. Fica brava quando o irmão a transforma em secretária, pedindo que lhe leve a meia, o sapato. Bituca ainda está todo lá, disperso pelo ambiente, embora tudo esteja murcho, seco. E o seu cachorro está com uma feia “peleira”, na qual estão passando óleo queimado. Adeus, Bituca! Vá em paz.

Maria Pequena ri de rachar os bicos

“Maria Pequena foi encontrada em casa ontem com vários medicamentos e uma garrafa de álcool ao seu lado, colocando sangue pela boca. Foi levada para o PA (Pronto-Atendimento da cidade) e depois transferida para o “João XXIII”, de Venda Nova, com o marido e a filha Etilene. Teve alta às 0:00h. Zica, a outra filha diz que não chegaram em casa até agora. Foi procurar e não achou. Acha que eles se perderam no centro de Belo Horizonte” (Bilhete de uma das agentes comunitárias no início da manhã, sobre minha mesa).

Eu conhecia bem Maria Pequena, sua vida precária e sofrida. Doeu por dentro a notícia inicial, embora não me surpreendesse. A rua Santa Cecília, especialmente o beco “35”, não nos surpreenderia com suas tragédias, pois se tornaram frequentes. Acostumamos com os acontecimentos ruidosos. Era comum que as mulheres fossem beber pinga juntas, à tarde, e largassem as crianças sem serem alimentadas e cuidadas. Lixo, sujeira, drogas, produtos de roubo, brigas passionais. Uma pequena vila em “L”, nos fundos da lavanderia e da escola do bairro. É lá que Maria Pequena mora com seu marido e os quatro filhos. Era muito conhecida por todos no serviço devido à pressão arterial muito elevada. Levava os medicamentos para casa e não tomava, *para não misturar com a pinga*. Um dia algo muito grave aconteceu. Alcoolismo agudo, crise hipertensiva, AVC. Maria Pequena foi transferida de hospital para hospital e levou muito tempo para que achássemos onde

havia sido internada. Foram vários contatos telefônicos. Agora estava sem fala, sem movimentos nos membros, espástica. Pneumonias. Prolongamento da internação. Alta, finalmente. A filha Etilene, de dezenove anos, nos procura imediatamente. Maria Pequena chega em casa paraparética, membros inferiores encolhidos junto ao tronco, rígidos, com escaras sacrais e trocântéricas, de magreza assustadora e com enorme labilidade emocional. Gritava e chorava por qualquer coisa. Chorou muito e se agitou ao nos ver chegar, deitada em seu pequeno catre. A situação, olhada como um todo, ou nos detalhes, era (e é ainda) extremamente dramática. Justo com emprego temporário, salário miserável, sujeito a demissão por falhas frequentes e alcoolismo. A equipe visita a casa, temerosa. Na entrada está Zil, o filho de dezessete anos, “chapado”. É nítido que está fumando um cigarro de maconha. Seu vício preferencial é por craque, me informa Etilene. São apenas dez horas da manhã. Ele acumula pilhas de processos por roubo, tráfico e outras coisas mais, segundo nos informa o pai. Diversas internações na Febem, seguidas por fugas. A polícia está sempre por lá capturando-o, e ele sempre fugindo e cometendo novos delitos. Vencemos o medo de encontrá-lo como porteiro e entramos. É uma casa de dois cômodos com apenas três camas para todos. A sujeira e a desorganização da casa são assustadoras. Entre roupas sujas e limpas emboladas por todos os lados, estão medicamentos, copos, alimentos preparados ou ainda em suas embalagens, sapatos, cobertores, talheres. Uma velha televisão está entre as duas camas no quarto do casal. Sobre ela, material de curativo usado ou novo, entre tubos de pomada e prendedores de cabelo, comprimidos, restos do café da manhã. Contrastando com tudo o resto, na parede ao lado da cama estão coladas declarações de amor pelo dia das mães. *Nós te amamos, mamãe. Sare logo!* Maria pequena não pode lê-las, mas sente-se aquecida e estimulada ao saber que estão ali.

Após este acontecimento, nós passamos a visitar Maria Pequena com muita frequência. Etilene, a Tila, de dezesseis anos, assumiu a liderança da casa, o cuidado dos irmãos e foi treinada

por nós nos cuidados com acamados, tornando-se uma excelente enfermeira. As escaras começaram a sarar e, com os carinhos e estímulos dos filhos, Maria Pequena volta aos poucos a balbuciar algumas palavras. Começou, recentemente, a ser levada para sessões de fisioterapia. As agentes de saúde mobilizaram várias pessoas para contribuírem com alimentos e bens de consumo, através da rádio comunitária. E agora Maria Pequena mostra-se alegre quando a visitamos. Outro dia, diz Tila, pediu *um real*. Balbuciou que queria tomar pinga. . . Tila e as outras crianças riem e comentam “Mãe, nem doente, larga a pinga”. Recentemente eles a levaram na nova cadeira de rodas para nos visitar. Subiram a íngreme ladeira felizes, mimando a mãe. Um luxo de passeio! E novamente vi Maria Pequena rir *de rachar os bicos*. Nem a miséria esconderia o brilho daquele sorriso.

O terrível ácaro

Clarinda recebeu uma receita enorme, extremamente bem escrita, contendo toda a medicação a ser usada e as medidas ambientais a serem seguidas. Uma lista meticulosa de tudo o que ela deveria tirar de casa. A sua criança, habitualmente atendida no PSF, havia precisado de atendimento no final de semana e o pediatra da urgência o fez. Por acaso, era um profissional especializado em asma, que entrava sempre em conflito com os médicos de PSF por considerar nossa abordagem muito superficial. Desenhou um ácaro no alto da página e circulou-o para Clarinda entender melhor o bicho; e disse que aquele era o causador da chieira, terrível inimigo. No dia seguinte, Clarinda me espera contrariada, na porta da unidade. Está extremamente preocupada com sua filhinha e desapontada comigo, porque nunca expliquei a ela que aquele bicho era o culpado; além do mais, não podia tirar de casa tudo o que a outra doutora mandou, afinal, não tem aquelas coisas de tapete, cortina, bicho de pelúcia, etc. O sabão em pó também,

não tem jeito de trocar. Os gatos e os cães são dos vizinhos e entram e saem do barraco quando querem; não há cerca ou portão sem buracos na favela. A família está entre as famílias de risco que acompanho. Marido e esposa são alcoólicos e estão desempregados há meses. O esposo foi atendido recentemente com suspeita de hanseníase, após investigação para esclarecer uma neurite do braço direito. Eles têm três crianças menores de cinco anos em acompanhamento devido à desnutrição de terceiro grau persistente. Descobrimos que trocavam o leite, distribuído pelo programa governamental de combate à desnutrição, e a farinha enriquecida por cachaça e cigarros. Moram numa habitação precária de dois cômodos e puxam a luz de uma vizinha, um vulgo “gato”, numa área das mais perigosas da favela, onde a agente comunitária recebe o sinal se pode entrar ou não para visitas. . . Clarinda, que já estava em uso de um antidepressivo e um ansiolítico, agora tem dificuldades para dormir. Não consegue parar de pensar no terrível ácaro que lhe infecta a casa e ameaça a saúde dos seus pequenos. . . Para esquecer, é melhor tomar uma dose.

A Poetisa

Maria das Dores Moura perdeu a mãe, dramaticamente, aos nove anos. Relata que moravam e trabalhavam “na roça” quando a mãe começou a sentir-se mal. Sua mãe era solteira quando a teve. Não pôde casar-se. Os pais do noivo não queriam uma noiva de meia perna, o aleijão que ela tinha. Expulsa de casa, rumou para a roça, teve Maria e passou a trabalhar “como homem”, em serviço pesado. No dia de sua morte, ao começar a sentir-se mal, preparou a filha para a viagem: iriam buscar auxílio na cidade. Já era tarde nas ermas chapadas mineiras daqueles idos de quarenta e a noite caiu escura, espessa e silenciosa sobre elas. Caiu morta sua mãe ao seu lado, de repente. Maria postou-se ali horas a fio, ajoelhada, com o rosto da mãe no seu colo. Pensou que a mãe dormia e

vigiou seu sono de morte na fria escuridão. Um cavaleiro passou no pasto ao longe e ela gritou. Veio acudir a menina com a mãe morta em seus braços. Maria chora ao contar e recontar partes de sua vida. Depois cresceu, amou, casou-se, teve filhos, que também se casaram, e agora tem netos. Ficou viúva de um casamento muito feliz. Chora novamente. A gente também chora. E depois ri, pois ela mesma se encarrega de contar uma passagem alegre do seu livro imaginário de memórias. Ela escreve suas lembranças e poemas em diários, que sonha um dia publicar como livro. Estudou muito pouco, três ou quatro anos apenas. Nos encontros, sempre nos emociona com suas palavras tão tocantes. Três dos seus cadernos ficaram comigo meses a fio, a surpreender-me. Selecionar “o melhor” de Dores é difícil. Escolhi a primeira poesia sua que li, e uma das que mais gosto até hoje.

Onde está o que procuro?

A vida é tão curta.

Por que estou assim?

Não sei o que procuro.

Meus anseios são tão grandes

Que não sei o que procuro.

Procurar o quê?

Não sei responder!

Procurar a vida

A vida daqueles

Tirada por fatalidade

Ou daqueles que

Teriam que partir.

Eu procuro a esperança

Dos que perderam.

Procuro o amor de quem não tem.

Procuro a fé, a esperança e a paz

Que ficam tão longe,

*Que não consigo alcançar.
Procuro no vento que voa
Para longe, no silêncio da noite
Uma resposta
Para tanto sofrimento
E tantas violências.
Se Deus plantou o amor,
Por que não o cultivamos?
(Maria das Dores Moura)*

Curtas e Belas

“Minha idade quase ninguém vai alcançar, que os tempo tão muito difícil. Enterrei minha dona dia sete de março. Chorei demais. Quase setenta anos juntos: nove filho, vinte neto e cinco bisneto. Era bom demais viver com ela. Era uma amiguinha que eu tinha, carinhosa. Tudo pra ela tava bom. Fiquei muito triste. Isso aí lá ia me derrubando. A tal de solidão” (Albertino).

O PSF que fazemos e aquele que queremos

*Uma parte de mim
É permanente
Outra parte
Se sabe de repente.
[. . .]
Traduzir uma parte
Na outra parte
Que é uma questão
De vida ou morte —
Ou será arte?*

(Trechos do poema *Traduzir-se*, de Ferreira Gullar)

Quando o PSF ainda era muito artesanal e pouco normativo, eu encontrei muito espaço para experiências criativas, como o “passado” informal pela comunidade para conhecer a região e as pessoas, as cirandas, as reuniões comunitárias, o uso de medicamentos naturais e o plantio das ervas medicinais mais utilizadas, em conjunto com a população. Com o crescente desenvolvimento de protocolos e exigências técnicas para o PSF, essas experiências mais soltas perderam espaço para atividades mais convencionais, como o atendimento médico tradicional, na unidade. Tenho assistido, especialmente nos últimos dois anos, a uma progressiva organização das ações desenvolvidas pelo PSF. Essa organização fortalece o programa enquanto ele é difundido pelo país e favorece a atuação clínica e epidemiológica em muitos aspectos. Por outro lado, acarreta considerável burocratização e rigidez do trabalho, além de uma verticalização das decisões. As agentes comunitárias estão a cada dia mais envolvidas com aspectos técnicos do programa e da unidade, e menos presentes no contato vivo com a população. Em muitos momentos, essa atuação é marcada pela influência sanitária, cobradora de resultados higiênicos e de saúde. Poderíamos perguntar-nos se, ao pensarmos o papel do agente comunitário como educador popular, estaríamos cultivando o anacronismo. Ou seria uma postura corajosa diante do futuro?

Um dos efeitos colaterais mais evidentes dessa excessiva normatização do PSF tem sido a perpetuação da exclusão de alguns grupos familiares dos serviços de saúde. Famílias em situação crítica, como a de Maria Pequena, Sinval, Clarinda e Miúda, por exemplo, precisariam de uma estratégia especial em sua abordagem e acompanhamento. Precisariam de tempo, disponibilidade, conhecimento específico e grande flexibilidade para que fossem ajudados sem serem agredidos. Não há como *encaixá-los* nas rotinas. E na rotina do PSF não há espaço para eles.

Um outro aspecto que considero importante abordar nessas considerações finais é a propaganda sobre PSF nos meios de co-

municação. Ultimamente temos assistido a uma maciça veiculação do PSF na mídia, celebrando a imagem do *médico em casa* — um médico particular, exclusivo daquela família, completamente disponível para atender às suas mínimas necessidades, da dipirona ao marca-passo. A distância entre a imagem veiculada e a realidade é geradora de conflitos e pressões. As equipes de PSF estão, prioritariamente, instaladas em áreas carentes, com grande demanda de atendimentos. O elevado número de famílias cadastradas por equipe acarreta o estrangulamento do serviço em todos os níveis: das consultas na unidade aos exames especializados. Quando procuram por atendimento na unidade e encontram uma negativa, vão embora indignados, sentindo-se enganados e traídos. As famílias não atendidas pelo programa sentem-se excluídas de um serviço público ao qual deveriam ter acesso. Enfim, a consolidação dessa estratégia tem trazido consigo grandes desafios.

Sem querer parecer romântica, bucólica, ou conservadora, eu considero que a construção mais informal do PSF permitia principalmente uma vivência artística da minha atuação médica. Uma verdadeira viagem por sons, cores, aromas, formas, estampas, telhados, gravuras, expressões faciais e de linguagem, sentimentos. Um mergulho antropológico e cultural. Isso possibilitava maior compreensão das situações à minha frente e, portanto, uma atuação também mais dialógica e completa, como, por exemplo, o atendimento do pré-natal de uma mãe com quatro crianças, abordando a saúde de todos ali presentes. Também era possível construir vínculos mais espontâneos e naturais com a população, mesclando as ações médicas com as rotinas da comunidade. A isto eu chamei “ir além da técnica”, tentando transformar técnicas e protocolos em meios para alcançarmos um fim maior, no qual o incentivo à autonomia esteja em primeiro lugar. Esse espaço fica, cada dia, mais reduzido. Um importante marco na minha trajetória foi o encontro com Eymard Mourão Vasconcelos, na Primeira Mostra Nacional sobre PSF, promovida pelo Ministério da Saúde, em Brasília-DF, em 1999. Por intermédio dele,

conheci a Educação Popular em Saúde. Há uma grande sintonia entre a melodia que procuro tocar no PSF e a música que embala o movimento da Educação Popular em Saúde. Estamos tocando juntos. Atualmente moro em Vespasiano com a Sissa e o Thor, meus dois cães. Aqui temos espaço no quintal para o sol bater de dia e podemos ver a lua brilhar no céu à noite. E temos muitos amigos.

E para terminar. . .

*Ainda que eu falasse a língua dos homens,
Que falasse a língua dos anjos,
Sem amor, eu nada seria*
(Adaptação de Renato Russo
sobre a carta de Paulo aos Coríntios,
Bíblia Sagrada)

Na sabedoria oriental, o ínfimo momento que separa os dois movimentos polares do coração é reverenciado como o ponto de encontro com a Divindade. Acho que foi aí que encontrei Geralda, bem no meio do meu coração. Não só Geralda, mas também Jovelina, Maria Senhora, Esperança, Esmeralda, Maria das Dores, Xumbica, Luciano, Bituca e muitos outros. Talvez um dos principais frutos do meu trabalho com PSF é ter descoberto quanta beleza, força e sabedoria estão escondidas por trás da fachada pouco atraente das periferias. Há muito ouro na favela. Às vezes, é preciso atravessar a superfície empoeirada e feia, para achá-lo emaranhado aos dramas de uma vida sujeita a tantos altos e baixos.

* * *

Eu vou ensinar primeiro a benção de *quebranto e mau-olhado*, viu? Depois vem a de *espinhela caída*, a de *cobreiro* e a de *carne-quebrada*, tá?

E Geralda pega minha mão entre as dela e começa a ensinar. . .

*O que faz Pedro
Sentar na pedra fria
Curando dor de cabeça,
Quebranto e mau-olhado
Com três raminho verde
e água fria,
Ave Maria
Cheia de Graça
Bendito é o fruto do vosso ventre, Jesus
Em nome do Pai,
Barquinha de Maria Virgem,
Embarca essa espinhela
Para ela chegar no lugar
Tá caída e não tá,
Com Deus Pai,
E Deus filho
E Deus Espírito Santo
Três vezes
Pescoço, carne-quebrada,
Osso rangido,
Nervo encoído,
Veia arreventada,
Pelo poder do Espírito Santo
E de Nossa Senhora Aparecida três vezes,
Que sara
Do filho, do Espírito Santo. . .*

Segundo Geralda, o cobreiro é mais complicado, pois ele tem rabo e cabeça, assim a gente tem de pegar uma faca ou outra ferramenta que corta e colocar em cima do cobreiro e dizer, à medida que corta o cobreiro fora: *Meio, rabo, cabeça. . .*

AGRADECIMENTO: Ao nosso lado, durante todo este tempo de PSF, estiveram sempre presentes, a Dr.^a Hérica Soraya Teixeira Albano, nossa coordenadora e amiga — pessoa de fibra e excelente médica, a quem muito admiro — e o Dr. Silmar Paulo Moreira Rates, que, com sua gentileza e paciência, conduz, com clareza e eficiência, a Secretaria Municipal de Saúde de Vespasiano desde janeiro de 1997.

*“Conversão à pobreza”, um conceito fundamental
para compreender a formação de muitos
educadores populares*

Victor Vincent Valla*

[Este foi o último texto produzido por Victor Valla. Revela bem o estilo instigante de suas reflexões. Sua ex-orientanda Eveline Algebaile muito o ajudou a transformar suas ideias nesse texto, pois Valla já estava com muitas limitações físicas consequentes a um AVC sofrido anos antes. Esse texto foi apresentado na 30.^a Reunião Nacional da Anped (Associação Nacional de Pesquisa em Educação), em 2007¹]

A O LONGO DE TANTOS ANOS participando do movimento e dos debates da Educação Popular, compreendo que o objeto de conhecimento e de ação desse campo do conhecimento é a situação de exploração e subordinação das classes populares, sua apartação dos direitos já naturalizados para as classes médias e

* Victor faleceu em 2009. Era doutor em História Social. Fez pós-doutorado na University of California — Berkeley, Estados Unidos. Trabalhava como pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), e professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense. Para maiores informações sobre ele, veja a entrevista em E. M. Vasconcelos. Entrevista: Victor Valla. *Trabalho, Saúde e Educação*, Rio de Janeiro, vol. 3, n.º 1, pp. 227-38, mar. 2005.

1 Vasconcelos et al. A contribuição de Victor Valla ao pensamento da Educação Popular: diferentes olhares. In: Reunião Nacional da Anped, 30, 2007. *Anais*, Caxambu: Anped, 2007. CD-ROM.

altas. Em torno desse objeto de conhecimento e de ação, temos construído concepções, práticas e propostas permanentemente postas à prova, em termos do seu alcance efetivo, bem como de sua capacidade de indicar caminhos e de resultar em soluções para os problemas identificados. Por isso, nossa participação nesse campo deve também se dar no sentido de contribuirmos para a discussão e reconstrução dessas concepções e práticas, para que possamos avançar na identificação desses caminhos e na construção de novas condições a partir das quais seja possível produzir soluções verdadeiras.

Nessa perspectiva, uma das minhas maiores tentativas de contribuição nesse campo são meus estudos sobre religiosidade popular.

Primeiro, porque entendo que o exercício da religiosidade é, em um país marcado por tantas desigualdades, como o nosso, uma experiência central na organização da vida das classes populares, uma espécie de experiência síntese, a partir da qual as classes populares têm elaborado uma parte importante das suas relações com os sofrimentos que atingem suas vidas, sofrimentos materializados nos desafios de sobrevivência, como os relacionados às questões da moradia, da saúde, da educação escolar, da violência e da participação política.

Segundo, porque esse é um tema sem prestígio nos debates sobre os enfrentamentos políticos do problema da pobreza, e o enfrentamento da pobreza exige que nos ocupemos dos temas sem prestígio, para podermos conhecer o que não conhecemos, as práticas, ações e relações que costumamos achar que “não têm sentido”, e que, no entanto, são referências sem as quais não podemos pensar em profundidade o mundo e as suas mudanças possíveis. A compreensão da centralidade da religiosidade popular é um caminho muito importante para avançarmos na compreensão das classes populares e de suas lutas. Por isso me dedico a ele. A religiosidade popular é um campo vasto. Envolve uma multiplicidade de práticas e grande variedade de estudos, realizados

por pesquisadores de diferentes áreas, a partir de diferentes metodologias, destacando-se estudos nos campos da sociologia e da antropologia que abordam as práticas de religiosidade sob a ótica da cultura. Mas o entendimento da religiosidade como experiência articuladora das demais práticas e relações das classes populares, no meu entender, exige, mais que metodologia de pesquisa, uma postura de imersão na realidade de vida a partir da qual a religiosidade adquire essa centralidade.

Minha opção por estudar o pentecostalismo decorre do entendimento de que é nesse movimento religioso que a centralidade da pobreza se dá de forma mais radical. Por isso, inclusive, o forte fluxo de adesão dos pobres, especialmente os muito pobres, a essa religião. Isso me dá garantias de me aproximar de um núcleo de práticas das classes populares onde significativas experiências dos pobres se evidenciam mais intensamente, o que permite o aprofundamento de questões que atravessam meus trabalhos há muito tempo, mas que ganharam uma de suas formas mais claras na discussão que tentei empreender sobre a “crise da compreensão”, que, para mim, permanece como um desafio intelectual e um desafio histórico.

É desse entendimento que também decorre meu interesse em discutir o termo *conversão*.

Há cerca de cinco décadas atrás, Richard Schull, um pastor presbiteriano que atuou em países latino-americanos como missionário e professor, propôs que seminaristas, comumente da classe média, convivessem com as classes populares, no seu lugar de moradia, a fim de melhor entenderem as formas de compreensão e ação daqueles para os quais se dirigiam as atividades missionárias. Para Schull, esse ato de conviver com as classes populares em seu lugar de moradia seria uma forma de incorporar seu olhar para o mundo, e esta seria uma condição essencial para uma atuação verdadeiramente envolvida com o enfrentamento da situação de profunda desigualdade e sofrimento que marcava o problema da pobreza nesses países. O termo usado por Schull (César & Schull,

2001) para fazer referência a essa forma de ação foi “conversão”, mas segundo um significado não convencional.

Em geral, o termo *conversão* é compreendido como passagem de uma crença para outra, de uma doutrina para outra. Também é comum entender-se que a conversão é a aceitação de uma missão indicada por Deus, a aceitação de um chamado divino. Schaul, porém, não entendia a conversão nesse sentido. Para ele, em sentido pleno, a conversão não pressupunha a crença em um Deus, nem o atendimento a um chamado divino, mas a adoção de um novo lugar a partir de onde se poderia compreender em profundidade os principais problemas para os quais buscamos soluções. Nesse sentido, Schaul indicou que, no mundo em que vivemos, a conversão, em sentido pleno, seria exclusivamente a conversão à questão da pobreza, ponto central para a discussão e enfrentamento de todos os demais problemas que, hoje e no futuro, nos desafiariam.

Acredito que a discussão do termo *conversão*, a partir dessa perspectiva, contribui de uma forma especial para a problematização dos nossos desafios de pensamento e de ação no campo da Educação Popular, no sentido de nos aproximarmos mais dos resultados históricos que desejamos.

Em um sentido convencional, ao longo da história, a ideia de conversão pode ser identificada, com sentidos diversos, em inúmeras propostas de ação nos campos religioso e político. No campo religioso, a ideia de conversão aos pobres aparece, por exemplo, com bastante nitidez, na religião católica, na fundação da Ordem Franciscana, destacando-se, porém, nesse caso, um sentido de renúncia ao mundo de opulência e riqueza. No campo político, também é possível identificar o princípio da conversão nas práticas de inserção de membros de organizações políticas nos espaços de vida e trabalho das massas populares. A ideia de conversão aí presente, porém, não pressupõe renúncia nem imersão na experiência de vida dos pobres, mas, na verdade, uma inserção popular de militantes políticos que, por meio de contatos cotidianos, tentam

operar a conversão *dos pobres* a um projeto político elaborado fora daquele meio. São militantes que entram nos meios populares não para se modificarem, mas para modificarem os outros.

A ideia de Schaul, na qual me referencio, e que, de modo geral, é constituída dos mesmos princípios que orientaram a Teologia da Libertação, tem um elemento novo fundamental, implicado com questões não apenas políticas, mas também epistemológicas, de grande importância para o campo da Educação Popular: a ideia de que a conversão é um movimento de descentramento, uma mudança fundamental em termos do conjunto de experiências a partir do qual olhamos e entendemos o mundo, as possibilidades de ação no mundo e a construção de um mundo possível para todos.

Esse, como se vê, não é um movimento a ser esperado das classes populares, mas das classes médias, habituadas a entenderem sua experiência como central, e a deduzir, disso, de um lado, sua autoridade e capacidade para dispor sobre os problemas do mundo, e, de outro, a permanente minoridade política e cultural das classes populares para disporem sobre as questões que afetam suas vidas. Tudo se passa como se o padrão de vida e de direitos das classes médias fossem extensíveis, sem mediações, para as classes populares, quando, na verdade, esses padrões resultam de formas históricas de utilização privilegiada de meios e recursos.

Acho importante lembrar aqui a discussão de Milton Santos (Santos, 1996) sobre o conjunto de saberes práticos e valores produzidos às margens dos padrões de vida das classes médias, pelos imensos segmentos da população submetidos à experiência da escassez. Com todos os problemas e degradações impostos aos pobres, os espaços de vida das classes populares têm sido o lugar de construção de uma experiência humana de repartição, compartilhamento e solidariedade, capaz de indicar caminhos válidos para a transformação do mundo, incluindo-se, aqui, a urgência de enfrentamento de uma cultura de apropriação particularista e de esgotamento de todos os recursos naturais, econômicos e humanos, que não é suficientemente problematizada em nosso meio.

Sob essa ótica, a conversão — como movimento de confrontação de nossa experiência a partir do nosso submetimento à centralidade da experiência do outro, da tomada da experiência do outro como referência para se pensar o mundo — propicia, também, uma *conversão dos sentidos* que estamos habituados a atribuir às coisas. Se a experiência a partir da qual penso o mundo é a experiência constituída nos contextos de escassez, noções já naturalizadas de direitos, urbanização, escolarização, justiça, modernização, iniciativa, conhecimento, adquirem, inevitavelmente, novos delineamentos.

Não é o caso, certamente, de propormos a convivência com as classes populares na mesma forma proposta por Schaul. Sabemos das diferenças entre a prática profissional e a prática missionária. Mas devemos ter o máximo de atenção à construção de práticas que garantam uma relação profunda com a vida das classes populares, de forma a compreendermos o que é preciso fazer para que a Educação Popular não seja uma, dentre outras formas, de dizer ao outro o que fazer, a partir de uma experiência histórica e de condições que lhes são estranhas.

Referências

- CESAR, W. & SHAULL, R. *Pentecostalismo e futuro das igrejas cristãs: promessas e desafios*. Petrópolis: Vozes, 1999.
SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Studio Nobel, 1996.

*Victor Valla, um educador que incorporou
a educação popular como atitude de vida:
homenagem ao grande mestre
da Educação Popular em Saúde*

Eymard Mourão Vasconcelos*

ESTE TEXTO destina-se a contar parte da história do mestre Victor Valla, semeador que, com seu jeito de ser gente, ajudou a dar sentido e poesia ao processo de organização do movimento de educação popular em saúde no Brasil, do qual foi personagem central. Em sua vida, esse movimento também tornou-se central. Seus militantes e suas lideranças eram a principal turma com quem Valla convivia profissionalmente e para quem dedicava boa parte de sua energia criativa, inaugurando olhares e explicações muito esclarecedoras para a prática da educação em saúde brasileira.

Na década de 1960, a Educação Popular se constituiu e se expandiu, na América Latina, como movimento político e pedagógico e cultural, sendo Paulo Freire o pioneiro em sua sistematiza-

* Médico mineiro que, em uma experiência de trabalho comunitário organizado pelo movimento estudantil em 1974, descobriu o sentido e a motivação para seu trabalho através da educação popular. Veio para o Nordeste trabalhar e aprender, com a Igreja Católica, os difíceis e fascinantes caminhos da ação educativa voltada para a emancipação. Por acaso, virou professor universitário e novamente foi a educação popular que lhe ensinou o caminho de uma formação profissional mais integral. Hoje está aposentado, mas não deixou seu trabalho. Conheceu Victor Valla em 1984.

ção teórica. Inicia-se no campo da alfabetização de adultos, mas logo passa a ser aplicada em outros campos de prática social. Victor Valla chegou ao Brasil em 1964 e, logo, começou a participar desse movimento cultural, político e pedagógico. Pessoas e grupos ligados ao movimento fizeram parte da comunidade de acolhimento no Brasil.

Toda a produção profissional de Victor Valla está marcada, de um lado, pelo gigantesco vínculo que criou com a pobreza no Brasil e, de outro, por seu estranhamento, como estrangeiro, intelectual e trabalhador social, com os modos de viver presentes entre os pobres. Forte vínculo e estranhamento geraram intensa inquietude e pesquisa. Ele queria entender o que estranhava e, para isto, buscava estudar e refletir. A Educação Popular foi eixo orientador de seu engajamento.

Em entrevista publicada na revista *Trabalho, Educação e Saúde* (Vasconcelos, 2005), Valla afirmou que, quando chegou ao Brasil, como missionário católico, em 1964, ficou extremamente abismado com a pobreza. “Acreditava que, se eu não podia fazer nada, podia, pelo menos, conviver com o problema (Vasconcelos, 2005, pp. 228-9)”. Mobilizado com a pobreza, e dela se aproximando muito, começou, aos poucos, a aproximar-se também de pessoas da esquerda e de instituições públicas, assistenciais e acadêmicas destinadas à questão social. Com seu olhar de estrangeiro, estranhou também como o universo popular era pouco compreendido pelas instituições e pessoas que dele diziam cuidar. Passou a investir na busca de esclarecimentos de facetas das frequentes incompreensões com que se deparava entre intelectuais e trabalhadores sociais a respeito da vida dos pobres, principalmente, dos que viviam na periferia dos grandes centros urbanos.

No setor saúde, a Educação Popular só chegou de forma significativa na década de 1970. Nessa época, muitos profissionais de saúde se envolveram no movimento de luta contra a ditadura militar, implantada no Brasil em 1964. Sem espaço de trabalho criativo e crítico nas instituições oficiais de saúde, públicas

ou privadas, centenas deles passaram a se dirigir para as periferias urbanas e rurais, engajando-se em trabalhos sociais voltados para a organização e educação da população, com a perspectiva de criação de um movimento de resistência às opressões políticas e econômicas que sempre marcaram a sociedade brasileira, mas que estavam enormemente ampliadas naquele momento. As igrejas cristãs, com suas pastorais e atividades sociais, foram muito importantes no acolhimento e na orientação desses profissionais de saúde. A maior parte das outras instituições que atuava criticamente junto às classes populares havia sido destruída ou esvaziada pela repressão política da ditadura. Até mesmo profissionais de saúde ateus e de diferentes religiões se integraram nas atividades pastorais dessas igrejas em que a perspectiva da teologia da libertação era dominante. Nessas atividades pastorais, a Educação Popular era uma referência central. Dessa forma, muitos profissionais de saúde se aproximaram e se aperfeiçoaram em Educação Popular.

Em vários recantos do Brasil, começaram a surgir inúmeras experiências de saúde comunitária orientadas pela Educação Popular. Inicialmente, essas experiências estavam mais voltadas para o fortalecimento do movimento político e cultural de resistência contra a opressão política e econômica exacerbada pela ditadura militar. A discussão e enfrentamento dos problemas de saúde eram vistos principalmente como estratégias de organização popular para esta luta mais política. Entretanto, os profissionais de saúde passaram a se encantar também com a potência e criatividade das práticas de saúde que foram construídas de forma dialogada com a população, inaugurando falas e ações de Educação Popular em Saúde. Começaram a surgir modos de enfrentamento dos problemas de saúde que mostravam uma surpreendente capacidade de promover a saúde de uma maneira ainda não conhecida na tradição da saúde pública e das várias profissões de saúde. Até então, a visão imperante entre os profissionais e instituições de saúde que lidavam com as classes populares era de que se tratava de uma massa de carentes que precisava ser ensinada e transfor-

mada a partir do saber técnico. As novas práticas que começaram a surgir eram extremamente participativas e contemplavam dimensões e necessidades desprezadas pela medicina oficial. Resultavam em mobilizações comunitárias e em movimentos que enfrentavam dimensões coletivas, ainda não conhecidas, do processo de adoecimento. Tais práticas formavam pessoas e grupos extremamente ativos e altivos, protagonistas de um modo de ser saudável ainda não vislumbrado pela Medicina.

Essas experiências de saúde comunitárias orientadas pela Educação Popular passaram a ser organizadas, na década de 1980, pelo Movimento Popular de Saúde, o Mops. Elas foram fundamentais para a formação de lideranças e de referências teóricas e práticas para o Movimento de Reforma Sanitária que lutou pela mudança do sistema de saúde brasileiro e gerou a criação do Sistema Único de Saúde através da Constituição de 1988.

Com o processo de democratização do Estado brasileiro e de suas políticas sociais, muitos dos militantes envolvidos em práticas locais de saúde comunitária passaram a priorizar o trabalho nas instituições públicas, dedicando-se à construção do arcabouço jurídico, técnico e administrativo do SUS. Muitos profissionais de saúde, que antes atuavam nos movimentos sociais ou nas pastorais, começaram a buscar os novos serviços básicos de saúde, expandidos pelo SUS, para criar experiências de trabalho em saúde orientadas pela participação popular. Criou-se, então, um novo contexto para a educação popular no setor saúde, deixando de ser uma prática prioritariamente ligada a grupos da sociedade civil para se tornar, principalmente, uma prática realizada nas instituições públicas. O Mops deixa de ser uma forma adequada de articulação de grande parte do movimento da Educação Popular no campo da saúde.

A partir da década de 1990, profissionais de saúde das instituições públicas, encantados com as potencialidades da Educação Popular para promoção da saúde, passaram a se organizar para ter um espaço de troca de experiência, de reflexão e de fortalecimento

político das suas propostas. Surge, em 1991, a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde. Embora não tenha participado do processo inicial de organização desse movimento, Victor Valla se engajou de forma intensa logo depois. Seu prestígio acadêmico foi muito importante para abrir espaço nas programações dos congressos do campo da saúde pública para o debate do tema e criação de reuniões da Articulação. As elaboradas reflexões do mestre foram fundamentais para a criação de uma teoria da educação popular adequada para o novo contexto político e institucional em que estava sendo aplicada. Seu modo de ser alegre, amigoso e acolhedor das diferenças ajudou muito a dar um caráter fraterno, descontraído à organização do movimento. Como professor e orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, ajudou a formar muitas de suas atuais lideranças, que ali se qualificaram como mestres, doutores e pós-doutores. Conseguiu recursos dessa instituição para publicar e divulgar nacionalmente os primeiros boletins da Articulação. Sementes lançadas em solos diversos. Sua presença nos debates e mesas-redondas dos congressos da área de saúde coletiva ajudava a atrair grande público e a difundir a importância de valorizar o estudo dos caminhos de relação pedagógica no trabalho em saúde. Embora nunca tenha assumido formalmente a liderança do movimento, sempre exerceu uma grande liderança nos bastidores.

No solo acadêmico, a produção teórica, ao repercutir socialmente, coloca seu autor em posição muito valorizada e, até mesmo, mitificada. Este é um lugar sedutor que gera muita competição e que desperta muitas vaidades. Victor Valla experimentava constantemente esse lugar. Ele não era imune à sedução desse espaço. Valorizava-o muito. Assim como tantos outros, era orgulhoso desta posição conquistada. No entanto, diferentemente de muitos, não se deixava cegar pela sedução desse espaço, lidando com ela de um modo muito interessante. Sua maneira irreverente de ser, sempre fazendo piadinhas (algumas vezes sem graça),

chamando os alunos para tomar caipirinha, manifestando suas irritações de modo espontâneo e, principalmente, não se preocupando em esconder seu jeito peculiar de ser, tirava Victor Valla do pedestal, deixando seus alunos e ouvintes à vontade para se aproximarem, trazerem questões e discordâncias. Desconfio que seu jeito, assumidamente cheio de pequenos gostos e costumes muito próprios (coisas de americano encantado com alguns costumes brasileiros, mas incorporando-os de modo bem diferente), era uma estratégia proposital de trazer a metodologia da Educação Popular para suas relações pessoais; de torná-las mais simétricas e mais humanas.

Victor Valla, com seu jeito paradoxal de ser vaidoso e humilde, ensinava aprendendo e aprendia ensinando. Tocava muitos e por muitos era tocado, semeando e sendo semeado. Devia ser feliz, pois, como diz Cora Coralina, “feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Eu, que experimentava, junto com ele (e, algumas vezes, com ele também disputava), este lugar de valorização mitificada dos ouvintes e leitores, aprendi muito com esta sua maneira descontraída de lidar com o poder. Nossas disputas e discordâncias eram superadas, sobretudo, devido ao seu jeito irreverente e amigo. Ele, nas entrelinhas, costurava a inclusão. Principalmente por estarmos no tenso e disputado meio acadêmico, era impressionante como os espaços em que ele atuava com liderança se tornavam inclusivos. Esse semeador foi, para mim, um grande mestre dos caminhos de manejo da liderança. Passei, assim, a ser mais relaxado com a imagem social, por perceber o importante sentido de não esconder as próprias precariedades e esquisitices.

A Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde foi progressivamente se expandindo. Em 1998, passou a se denominar Rede de Educação Popular e Saúde¹ e conseguiu maior suporte institucional da Fundação Oswaldo Cruz. A partir de 2002,

1 Para maiores informações, veja o *site* <<http://redepopsaude.com.br/>>.

com a eleição de Lula para a Presidência da República, a Educação Popular em Saúde já tinha conquistado um reconhecimento importante no campo da saúde pública, sendo incluída formalmente como uma linha de atuação no Ministério da Saúde do novo governo federal. Passou a ser vista como uma estratégia de fortalecimento da gestão participativa no SUS e como instrumento de transformação das práticas de atenção à saúde no sentido de se tornarem mais adequadas às necessidades da população.

Hoje, o sistema de saúde brasileiro é reconhecido internacionalmente pelo pioneirismo na implementação de práticas participativas, coletivas e não restritas às dimensões biológicas do tratamento e da prevenção das doenças, criando formas de atenção à saúde que vão muito além da tradição da Medicina e da saúde pública. A presença da Educação Popular nas iniciativas pioneiras, que criaram as primeiras referências para a estruturação do SUS, e as pressões e buscas de novas práticas pela Rede de Educação Popular e Saúde, depois de sua implantação, tiveram importante contribuição.

Se Valla foi muito importante para a organização do movimento da Educação Popular em Saúde, esse movimento também foi importante para sua vida profissional. Ele trabalhava na maior instituição brasileira de saúde pública, a Fundação Oswaldo Cruz, mas ainda não tinha encontrado um modo de aplicar, de forma mais orgânica, os seus estudos e reflexões pedagógicas nas principais lutas do setor. Victor Valla, que não tinha tido uma formação em uma das profissões de saúde, pôde, através da Rede de Educação Popular e Saúde, encontrar um setor da saúde pública em que seus estudos se tornaram centrais na constituição de um campo de atuação profissional. Ele não só ensinava e teorizava, mas também aprendia com os desafios, reflexões e realidades trazidas pelos profissionais envolvidos com as práticas de educação nos serviços de saúde. Sua vida pessoal se tornou mais movimentada pelo progressivo cerco de profissionais de saúde. Ele se encantava com esta turma que passou a fazer parte de sua vida de

modo tão importante. Sua relação com seus alunos e colegas de movimento invadia sua vida pessoal. Visitava-os em suas casas e convidava-os para visitá-lo. Cultivava espaços informais de relacionamento onde gostava de rir e de contar piadas. Essa informalidade e essa espontaneidade criavam oportunidades para uma troca de saberes que ia muito além da tradição de trabalho universitário, deixando seus interlocutores muito à vontade para questionarem o mestre, criando, desta forma, espaços de conversas sobre dimensões afetivas e artísticas do trabalho em saúde. Aplicava o método da educação popular em seu trabalho de ensino acadêmico. O mestre sabia que “*ensinar é, antes de tudo, compreender o compreender do outro* (Baeson, apud Zaccur, 2000)”.

A partir da educação popular, a valorização da vida religiosa

O vínculo de Valla com a pobreza sempre foi muito intenso. Diferenciava, assim, de grande número dos intelectuais de esquerda que estudam os pobres ou organizam intervenções sobre eles, sem, com eles, se envolverem. Mesmo quando os convites para palestras e as demandas acadêmicas por orientação, na pós-graduação, se tornaram intensos, ele fazia questão de manter sua rotina de visitas e trabalhos na Região da Leopoldina, no Rio de Janeiro. Esta atitude muito influenciou sua produção teórica. As questões a que dedicava seu estudo vinham dos dilemas que encontrava em sua atuação no mundo popular e não dos debates que estavam na moda na academia. Suas reflexões eram constantemente confrontadas com o pensamento de lideranças populares e de trabalhadores sociais engajados.

Sua conhecida produção sobre a vida religiosa da população, que ocupou grande parte de seu esforço de pesquisa na sua última década de vida, surgiu desse seu profundo engajamento com as lutas populares. Nos Estados Unidos, Victor Valla teve

uma formação familiar intensamente ligada ao catolicismo. Veio para o Brasil como missionário religioso, mas logo se afastou totalmente do cristianismo. Passou a se considerar como ateu. No entanto, os desafios de sua prática de Educação Popular acabaram reaproximando-o das questões relacionadas à vida religiosa.

Sua vivência constante nos bairros periféricos da Região da Leopoldina não lhe permitia aceitar as repetidas afirmações, entre os profissionais de saúde e vários cientistas sociais, de que os movimentos sociais tinham se esvaziado após meados da década de 1980. Percebia, ali, a permanência de um importante dinamismo social sob novas formas. Ele se identificou muito com a afirmação de José de Souza Martins de que a propalada crise dos movimentos sociais e das iniciativas populares é, antes de tudo, uma crise de compreensão dos intelectuais e trabalhadores sociais (mesmo os de esquerda) sobre o que realmente está acontecendo entre os pobres (Martins, 1989). Assim, a partir de meados da década de 1990, dedicou-se a estudar as novas formas de organização popular. Ficou impressionado com o crescimento das igrejas evangélicas no meio popular e constatou o seu grande significado na criação de novas redes locais de solidariedade. Sua insistente afirmação sobre importância para os pobres destas redes de apoio social construídas na vida religiosa, principalmente nas igrejas pentecostais, criou grande mal-estar no meio acadêmico em que frequentava, pois predominava uma avaliação totalmente negativa sobre o seu significado político e pedagógico. Desafiado, o ateu Valla passa a estudar intensamente o movimento pentecostal. Como todos os outros estudos de sua vida, ele não se restringe à pesquisa teórica. Passa a conviver com os grupos e organizações envolvidas nessas igrejas.

Os seus textos sobre o significado do pentecostalismo para a organização social, a cultura e a saúde das classes populares tiveram grande repercussão no campo de pesquisa da Educação Popular e da saúde pública. Desencadeou o envolvimento de muitos outros pesquisadores com este tema. Eu mesmo fui realizar um

estágio de pesquisa de dois anos com ele (Pós-Doutorado) que resultou no livro *Espiritualidade no trabalho em saúde*, publicado pela Editora Hucitec em 2006. Desse estudo e pesquisa, nasceu a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular,² que hoje reúne quase duas centenas de interessados e estudiosos localizados nas diversas regiões do país. Muitos congressos da área de saúde coletiva passaram a incluir este tema em suas programações. Por sua origem na Educação Popular, a discussão acadêmica brasileira da espiritualidade na saúde ficou muito ligada à perspectiva de emancipação política, diferentemente do que acontece na Europa e nos Estados Unidos, onde predominam os estudos quantitativos sobre a relação entre vida religiosa e as taxas de adoecimento e morte. Posso dizer que nossas parcerias, disputas e diferenças de ênfase ajudaram a plantar ricas variações do dizer e do entender no solo dos estudos sobre espiritualidade no trabalho em saúde e em educação, gerando e acolhendo uma rica diversidade de estudiosos, e, conseqüentemente, uma rica diversidade de produções teóricas.

O mais interessante foi que estes seus estudos levaram-no a uma reaproximação pessoal com o cristianismo. Valla, que passou os últimos oito anos de sua vida sofrendo intensas limitações trazidas por um acidente vascular hemorrágico (a forma mais grave de acidente vascular cerebral), experimentou a força das redes de apoio social das igrejas evangélicas que ele tanto tinha estudado antes. Experimentou também a força do saber de elaboração simbólica presente na vida religiosa para enfrentar a profunda crise existencial pela qual passou. Talvez, por isso, conseguiu, até a última semana de sua vida, manter-se trabalhando de forma criativa e aglutinadora em seu ofício de mestre e de pesquisador, apesar das intensas limitações físicas que tinha. Diariamente ia para sua sala, na Escola Nacional de Saúde Pública, acompanhado de seu alegre cuidador Denilson.

² Para maiores informações, ver o *site* <<http://br.groups.yahoo.com/group/esp-sau-ed/>>.

As limitações físicas de Valla, nestes últimos oito anos de sua vida, constringiam seus colegas mais próximos. Não eram apenas limitações referentes ao seu deslocamento físico, ao manejo da micção e à alimentação. Além dessas limitações, ele passou a ter dificuldade de compreensão e de escuta de ideias mais complexas. Não conseguia expressar de forma clara seus pensamentos mais elaborados. Cochilava em reuniões e aulas. Apesar de tudo isso, não desistia de seu trabalho de pesquisa e ensino voltado para a compreensão dos caminhos culturais dos pobres urbanos. Não desistia de seu ofício de sementeiro. Apesar de todas essas limitações e inseguranças, não abandonou nunca o respeito e a priorização da voz e da dor dos pobres na organização de sua vida. Muitos de seus amigos mais antigos, como eu, incapazes, naquela época, de compreender sua teimosia peculiar, comentavam intimamente: *por que o Valla não se afasta de seu trabalho para se proteger de uma exposição tão intensa de suas precariedades neste ambiente profissional tão exigente?* Ele era vaidoso, mas se mostrou intensamente teimoso na sua permanência na vida acadêmica de modo tão precário. Para surpresa de todos os companheiros, que se impressionavam prioritariamente com seu processo de decadência, ele continuava a brilhar e a ser produtivo. De alguma forma, esse mestre aglutinava pessoas muito diversas e ricas em suas disciplinas, tornando-as produtivas. Amigos e alunas antigas se aproximaram com carinho, ajudando-o, com muita paciência, a organizar melhor seus textos. Dessa forma, esses que tanto receberam do mestre retribuía as sementes plantadas. Era hora da colheita das sementes, que tinham germinado em caminhos inesperados e gerado frutos ainda não experimentados.

Sua garra teimosa de se manter lutando por suas ideias e seus projetos, sem vergonha de expor publicamente suas evidentes precariedades, encantava principalmente os mais jovens. A simples passagem capenga de Valla, com seu rosto acolhedor e comprometido, na vaidosa e famosa Escola Nacional de Saúde Pública, já irradiava ensinamentos. Seus gestos de persistência e de teimo-

sia, que venciam a precariedade física e mental, ensinavam mais do que qualquer palavra, mais do que qualquer teoria bem elaborada que pudesse expressar. Diante do silenciamento das forças do corpo, irradiava a voz da alma e repercutia a força do exemplo, ajudando a humanizar todos nós. Poucos meses antes de sua morte, encontrei um estudante de sua disciplina fascinado com o que estava aprendendo.

Esta produtividade não era simples e sempre serena. Muitas vezes era tumultuada, atrapalhada e cheia de situações de mal-estar. Valla continuava teimoso e, às vezes, irredutível em suas vontades. Despertava irritações. Ficou menos habilidoso para controlar a manifestação de suas exigências pouco apropriadas. Ficou mais atrapalhado. Surpreendentemente, ao ser assim, tornou-se mais humano e mais próximo de muitos de nós.

Além disso, suas limitações físicas incomodavam os amigos e companheiros, pois despertavam a reflexão sobre a finitude e precariedade humana que se busca esconder na vida acadêmica marcada pela intensa procura da excelência. Valla sofria com muitos destes distanciamentos.

Havia um grande mistério nesta surpreendente produtividade diante de sua situação tão precária. Ele era muito mais do que sua mente consciente planejava e expressava. Manifestava-se, em sua vida, uma dimensão do existir que ele ajudou a trazer para o debate acadêmico da educação e da saúde, a espiritualidade. Espiritualidade entendida como uma intensa e misteriosa vitalidade, uma potente capacidade de elaboração subjetiva para além do processamento lógico do pensamento consciente e uma surpreendente forma de criação, expressão e atuação que transcende os limites do gesto planejado e que dão fascínio e grandiosidade à vida humana, apesar das fortes limitações da existência. Em outras palavras, as pessoas são muito mais do que se propõem a ser, positiva e negativamente. E quando investem no cuidado de si, no autoconhecimento, na avaliação atenta das relações sociais em que se inserem, acontece, aos poucos, uma transformação profunda

dos gestos, expressões corporais, palavras e olhares que se têm para além da intencionalidade consciente do momento. E aquilo que se é, muito mais do que se propõe ser, passa a repercutir de forma surpreendentemente positiva no espaço social onde se atua.

Para muitos de seus vários amigos não religiosos mais próximos, esta transcendência, que se manifestava tão forte em sua vida, era algo implícito à potencialidade presente em todo ser humano. Contudo, é importante dizer que, para o Valla, este “algo a mais” era intencionalmente buscado na sua vida religiosa. Foi na sua vida religiosa, centrada principalmente na Igreja Cristã de Ipanema,³ que ele elaborava a forma de manter seu intenso e antigo envolvimento e compromisso político com os pobres, na sua nova e difícil situação existencial. Era ali que buscava forças para manter sua garra, sua persistência e sua ternura. A relação com sua esposa Kita, sempre amorosa, presente e firme em seus questionamentos, nestes anos, também foi um espaço fundamental para esta elaboração. Além do mais, participava ainda, quinzenalmente, de um grupo de meditação no estilo oriental.

A atuação e a presença de Valla, nestes últimos oito anos, deixaram uma última e potente lição para seus amigos e alunos. Há uma força vital na atuação de algumas pessoas que está além da ação cuidadosamente refinada e conscientemente planejada. Compromisso, dedicação e amorosidade, sem medo de exibição das precariedades inerentes ao agir humano, podem gerar atuações que repercutem socialmente de modo forte, pela intervenção de dimensões que podem surgir e se integrar para além do planejamento. Em um mundo acadêmico marcado pela exacerbação da dimensão racional e do pouco espaço para a intuição, sensibilidade e emoção, a presença de Valla acenava para a possibilidade da produtividade de modos mais humanos e amorosos de ser. Esta

3 Comunidade religiosa situada no bairro de Ipanema, Rio de Janeiro, que rompeu com a Igreja Presbiteriana durante a Ditadura Militar, tornando-se independente, quando seus membros radicalizaram sua identidade com a Teologia da Libertação, em desacordo com a sua hierarquia nacional. Para mais informações sobre esta igreja, veja o seu *site* <www.igrejacristaipanema.org.br>.

última lição de Valla tocou muitos de seus colegas que também estão se aproximando do envelhecimento e já são marcados pelo temor das inevitáveis perdas de algumas de suas capacidades e excelências. Com seu jeito, o mestre nos disse: o compromisso e o serviço amoroso à causa dos pobres e oprimidos, não sendo abafados pelo medo e insegurança com as crescentes precariedades, pode continuar encontrando caminhos imprevistos para se realizar com brilho. Com seus gestos imprecisos, limitados, mas amorosos, Valla nos ensinou que “amar é inventar-se. Até o outro se inventar em nós. Até que possamos todos nos inventar em todos” (Nejar, 2002, p. 20).

Terminando. . .

Victor Valla teve uma longa e complexa atuação no campo da Educação em Saúde, realizada de um jeito muito peculiar. Para se ter uma ideia de seu significado para o campo da saúde pública, o IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que aconteceu, em Recife, dois meses após sua morte, com sete mil participantes, fez, a ele, duas homenagens. Em uma delas, na Tenda Paulo Freire, cerca de uma centena de participantes estiveram presentes dando depoimentos, se emocionando e aplaudindo. O ponto alto foi a leitura, por Júlio Wong Un, professor do Curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense e seu ex-orientando de mestrado e doutorado, de um texto de sua autoria. A sua fala foi interrompida várias vezes por seu choro, que se alastrou entre os participantes. Eis seu texto:

Quem foi Victor Valla e por que é tão importante para a Saúde Coletiva e para a Educação Crítica?

Total e profundamente contra-hegemônico.

Lúcido. . . Lento.

*Gênio de estalos e sacações. . . repetitivo. . . engraçado. . . Ra-
bugento.*

*Mestre generoso. . . piadista californiano.
Compreensivo, teimoso, espirituoso, boêmio.
Pensador reflexivo e brilhante da Educação e da Saúde
Procurando sempre compreender a fala dos setores populares,
Os caminhos aonde o povo vai, cria e sonha. . . Pai de muitos
Universal. . . focado. . . esperto. . . distraído. . .
Cristão, budista, marxista, botafoguense, morador do Catete,
no seu amado Rio de Janeiro.
Lutador e contemplativo, quieto e incansável. . .
Em busca do diálogo atento, freiriano, cristão, humano, com as
classes populares
Buscando dentro de si e dos outros o Espírito, a Iluminação, o
Transcendente
Por isso e por tudo: pessoa iluminada na construção de uma Edu-
cação e uma Saúde Coletiva engajadas, utópicas, posicionadas,
sem hipocrisia, sem jogo duplo, recheadas de vozes e lógicas diversas.
Alquimista que transformou tudo e todos os que tocou com sua
alegria, sua fé guerreira, suas sacadas surpreendentes, seu jeito
“mestre zen” de ser, e seu exemplo de tenacidade e método de vida
diante da adversidade.
Victor Vincent Valla
Total e profundamente Humano
Com gratidão companheira.*

Referências

- MARTINS, J. de S. Dilemas sobre as classes populares na idade da razão.
In: *Caminhada no chão da noite*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- NEJAR, Carlos. *O evangelho segundo o vento*. São Paulo: Escrituras, 2002.
- VASCONCELOS, E. M. Entrevista: Victor Valla. *Trabalho, Saúde e Edu-
cação*. Rio de Janeiro, vol. 3, n.º 1, pp. 227-38, 2005.
- ZACCUR, E. Do ensino monológico ao dialógico: ser usuário pressupõe e
condição de ser-leitor. In: AZEREDO, José Carlos (org.). *Língua
portuguesa em debate; conhecimento e ensino*. 3.ª ed. Petrópolis, RJ:
Vozes, 2000.

*De povo de Deus à institucionalização domesticadora:
mudanças e passagens em duas décadas de educação
popular com agentes comunitários de saúde¹*

Helena Maria Scherlowski Leal David*

A EXPERIÊNCIA que estaremos relatando vem acontecendo desde 1979, no município de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma proposta de Educação Popular através da formação de agentes comunitários de saúde, que nasceu no ano seguinte ao da realização da Conferência de Alma-Ata, baseada nos pressupostos de ampliação da participação das classes populares no desenvolvimento de ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Este foi um projeto que teve origem no trabalho de uma instituição religiosa, o Colégio Santa Catarina, da Associação Congregação de Santa Catarina, ordem religiosa católica feminina que, desde o início da década de 70, já vinha buscando espaço para a atuação comunitária, e viu, na proposta de formar agentes comunitários de saúde, a possibilidade de tornar mais efetivo seu trabalho junto às comunidades periféricas.

No decorrer destes vinte anos, diversas revisões de objetivos, conceitos e métodos foram realizadas pelo grupo de profissionais

¹ Texto escrito para a primeira edição desse livro.

* Professora associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

e educadores — religiosos e leigos — envolvidos na formação das agentes, tanto para aprofundar a compreensão acerca das demandas, necessidades e estratégias que as comunidades periféricas buscam para enfrentar os problemas de saúde, como para refletir sobre as profundas contradições que, durante este período, permearam a relação entre profissionais e entidade formadores, agentes comunitários, comunidade e poder público local — a Secretaria Municipal de Saúde. Nesse sentido, estaremos explicitando alguns questionamentos acerca das interfaces, neste tipo de trabalho educativo, entre o senso comum e o saber popular, e quanto aos conceitos e práticas introduzidos por esta formação, baseados na proposta da APS e na convicção quanto ao papel do educador na formação de uma consciência sanitária e política crítica dentro dos grupos das classes populares.

Medellín, Puebla e Alma-Ata: marcos iniciais na busca de novos caminhos

As propostas de formação e utilização de agentes comunitários de saúde como força de trabalho em saúde, em uma perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares iniciaram-se, no Brasil, a partir de iniciativas de organizações religiosas, católicas sobretudo, e algumas outras — poucas — relacionadas a instituições acadêmicas e organizações não governamentais (estas últimas, a maioria, também ligadas à Igreja Católica).

No Brasil, setores do clero e algumas ordens religiosas começaram, a partir de meados da década de 1970, a realizar trabalhos, em âmbito local, de apoio às lutas e demandas populares, em um posicionamento cada vez mais claro contra o regime político da ditadura militar.

Entre os religiosos católicos, a busca de uma reflexão teológica e uma ação mais ampliada e consistente pela justiça social, aí se incluindo a questão da saúde, inicia-se, na verdade, alguns anos

antes. Nas Conferências Gerais do Episcopado Latino-Americano II e III, em Medellín e Puebla, respectivamente, a questão da justiça, da opressão das camadas populares, da desigualdade crescente é abordada, na forma de um *mea culpa* da Igreja, que até meados da década de 1960, manteve-se, segundo seu próprio discurso, ao lado das posturas mais tradicionais das elites sociais latino-americanas:

A Igreja Latino-Americana) reconhece também que, nem sempre, ao longo de sua história, foram os seus membros, clérigos ou leigos, fiéis ao espírito de Deus; aceitando o julgamento da história sobre essas luzes e sombras, quer assumir plenamente a responsabilidade histórica que recai sobre ela no momento presente (Celam — *Conclusões de Medellín*, 1968, p. 35).

O pensamento religioso que fundou a proposta de reformulação da ação pastoral pela Teologia da Libertação inicia-se, cresce e fortalece-se neste contexto de profunda revisão do papel da instituição religiosa diante do povo oprimido. Em Puebla, dez anos depois de Medellín, os caminhos para esta ação pastoral já estão mais claros, e encontram-se explicitados nas recomendações para que sejam denunciadas as situações de opressão e no estímulo para a formação de Comunidades Eclesiais de Base (CEBs).

A chamada “opção preferencial pelos pobres”, frase emblemática que orientou a ação da Igreja progressista na época, envolve, além da ação pastoral e evangelizadora, uma compreensão sobre o papel histórico das classes subalternas no continente e dos processos atuais de exclusão social, à luz de uma leitura revolucionária do Evangelho, colocando Cristo e Sua palavra como instrumentos para a libertação política e social do povo.

Na década de 1970, este tipo de ação molecular, intensamente desenvolvida nos diversos espaços da ação pastoral — da Terra, Operária, da Saúde — teve uma consistente participação

de profissionais de saúde — médicos, enfermeiros, psicólogos — voltados para a atuação em saúde pública e comunitária. A reflexão teológica soma-se à reflexão e à possibilidade de construção de novas e alternativas formas de oferecer atenção à saúde para a população. A opção pelos pobres também começa a ocorrer no âmbito das práticas em saúde pública, e, a nosso ver, nem sempre o pensar religioso, na perspectiva da Teologia da Libertação, encontrou-se separado do pensar técnico em saúde, sobretudo, no campo das ações educativas em saúde.

No campo específico das políticas de saúde, a Conferência de Alma-Ata, realizada em 12 de setembro de 1978, veio introduzir, de forma mais ampliada, questões que, até então, vinham sendo preocupação de alguns poucos setores envolvidos com a saúde pública e comunitária, representados, sobretudo, pelas iniciativas de algumas faculdades de Medicina, além dos envolvidos com as atividades pastorais da Igreja.

A constatação, nessa época, das imensas desigualdades sociais, como determinantes dos processos saúde-doença, no âmbito coletivo, é denunciada de maneira pungente, o que não impede, em alguns momentos, que se explicita uma certa visão ingênua, como nos momentos em que predomina o velho conceito de que a saúde é condição básica para a produção econômica, e ao depositar na estratégia da Atenção Primária à Saúde todas as esperanças, como se esta fosse o grande eixo capaz de garantir a reversão desta situação:

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a

chave para que esta meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social (OMS/Unicef, 1979, p. 5)

Os procedimentos e insumos considerados essenciais para esta proposta incluem desde as tecnologias de saúde pública, como imunizações e saneamento básico até os que dependem de políticas intersetoriais, como a garantia de nutrição adequada e fornecimento de medicamentos essenciais (cuja lista, à época, era certamente bem diferente do que é considerado essencial hoje). Um certo sentimento de urgência, às vésperas do terceiro milênio, perpassa o documento, nas suas recomendações para a garantia de um “aceitável nível de saúde”.

O conceito de agente comunitário de saúde é apresentado de forma extremamente ampla: pode incluir “pessoas com limitada educação, submetidas a um treinamento elementar em serviços de saúde, «médicos descalços», assistentes médicos, enfermeiras práticas e profissionais, [. . .] e tanto clínicos gerais como médicos tradicionais” (OMS/Unicef, 1979). A recomendação frisa, ainda, que o treinamento destes agentes deve ter como objetivo o desempenho de atividades “que correspondam a necessidades expressas pela própria comunidade”, como ponto de partida, podendo incluir tarefas adicionais. A decisão sobre o perfil do agente de saúde cabe a cada país e a cada comunidade.

Alguns dos princípios organizacionais e pressupostos de ação da proposta de APS — descentralização, participação da comunidade — entre outros, contidos na Carta de Alma-Ata, serviram de base para a discussão sobre a reformulação do sistema de saúde no Brasil.²

Em Petrópolis, a experiência de formação e trabalho com agentes comunitários de saúde que discutimos no presente texto

² Por parte do setor público, no entanto, as iniciativas relacionadas à busca de alternativas quanto ao modelo de atenção e às estratégias a serem utilizadas só ganha concretude e visibilidade na segunda metade da década de 80, atreladas ao processo de Reforma Sanitária.

teve início a partir de um grupo de religiosos e religiosas envolvidos com a reflexão, aqui introduzida por Leonardo Boff (que ainda reside na cidade), e o grupo de teólogos que propunham a Teologia da Libertação como diretriz para a atuação da Igreja Católica junto às classes populares. Entre as religiosas, algumas Irmãs de Santa Catarina, congregação tradicionalmente voltada para a atenção à saúde e ao ensino, começam a rever sua prática, antes restrita ao ambiente hospitalar e aos dos colégios, direcionando-a também para as comunidades, à luz desta nova forma de leitura da prática religiosa.

A Pastoral da Saúde começa a intervir de maneira mais consistente, sobretudo a partir de 1981, com o tema da Campanha da Fraternidade centrado na questão da saúde (“Saúde para todos”), utilizando-se das estratégias de ação de cuidados e educação recomendados pela APS (CNBB, 1981).

Em Petrópolis, o desenvolvimento das primeiras ações com o objetivo de trabalhar a Educação Popular em Saúde em uma perspectiva libertadora e de cidadania se deu por meio dos chamados Círculos Bíblicos. Tratava-se de espaços regulares e sistemáticos onde religiosos e religiosas convidavam pessoas das comunidades — geralmente lideranças, mulheres envolvidas em trabalhos comunitários da igreja local — para a leitura conjunta do Evangelho. Essas reuniões tinham objetivos relacionados à mística religiosa católica, mas também visavam trazer à tona, à luz da mensagem cristã, os problemas concretos do cotidiano das comunidades e incentivar a organização e a autonomia desses grupos, ante o poder público e na busca de soluções para esses problemas. Nesses Círculos, nasceu o primeiro grupo de Agentes Comunitários de Saúde, em 1979, ainda sem proposta formadora sistematizada.

Os primeiros anos deste trabalho foram mais voltados para o recolher de materiais sobre experiências similares, incluindo-se a de outros países latino-americanos, e à ampliação do número de comunidades envolvidas. O processo de redemocratização do país, e o crescente número de movimentos sociais veio tornar esta pri-

meira etapa na proposta de formação de Agentes singularmente fragmentada, e, em alguns momentos, confusa. A questão da saúde era apenas mais uma das questões a serem discutidas e vocalizadas como demanda ao poder público. No relato de uma das religiosas envolvidas, logo um movimento que era basicamente de reflexão e espiritualidade, tornou-se fortemente político e crítico e com imensa necessidade de tornar pública a vocalização das suas necessidades. Assim, boa parte da memória destes tempos está relacionada às passeatas, aos atos públicos, aos grupos populares nas ruas — era o grito de um povo silenciado durante décadas, saindo de forma desordenada e nem sempre objetiva.

Para os participantes deste processo, a palavra *povo* tinha um significado e um peso especiais, uma vez que designava o coletivo capaz de se fazer ouvir, mesmo que para isso tivesse de fazer muito barulho. Dentro do pensamento progressista da Teologia da Libertação, povo é mais que coletividade — é o Povo de Deus, a quem está sendo dito que o Reino de Deus é para ser construído e conquistado agora, em vida, e não como prêmio após a morte. E é a este povo, às camadas populares, que é dada esta tarefa libertadora (Boff, 1976; Gutiérrez, 1968; 1981). O compromisso dos profissionais de saúde e religiosos com esta nova proposta se dá neste contexto de envolvimento religioso e opção ideológica e política, sem que estes aspectos entrem em conflito ou tenham seus pressupostos conceituais e sua práxis questionados

Tratava-se, sem dúvida, de uma visão idealizada, destes profissionais e religiosos, quanto ao potencial de organização espontânea das comunidades, e mesmo alguma ingenuidade, ao acreditar que nas organizações populares não estariam ocorrendo certos problemas e “vícios” frequentes entre as organizações políticas das elites, como corrupção e uso do poder em benefício próprio.

O atrelamento, nesta fase inicial, das propostas de formação de agentes comunitários de saúde à esfera religiosa cristã pode ser entendido como um desdobramento natural da ação efetiva dos grupos de religiosos, uma vez que, por parte do poder público,

até o início da Reforma Sanitária brasileira, não havia iniciativas neste sentido. Sobretudo, a Campanha da Fraternidade de 1981 foi o marco a partir do qual os movimentos espontâneos e descontraídos dos núcleos da Igreja Católica passam a desenvolver uma ação, na área da saúde, mais consistente e sistemática.

Podemos, ainda, considerar que este tipo de ação se dava mais em função da inoperância do Estado do que como um fator desencadeador de uma alternativa concreta ao sistema hegemônico. A exemplo da maior parte dos movimentos sociais, é como se ocorresse no “vácuo do Estado”,³ em função da inoperância dos serviços e das políticas públicas. Ainda assim, embora este possa ter sido um fator desencadeador destes movimentos, não é apenas em função deste “vácuo” que os movimentos populares ocorrem (Valla, 1998).

Na visão dos religiosos católicos envolvidos, no entanto, tratava-se da busca de uma alternativa de visão de mundo e de vida que pudesse incluir, no trabalho setorial — saúde, educação, agricultura, ou outra atividade —, a visão cristã baseada na dignidade e liberdade do ser humano.⁴

Ainda assim, esta postura religiosa está mesclada a um clima de resistência política e insubordinação diante das desigualdades sociais crescentes. Nos manuais produzidos para orientar os grupos de formação de agentes comunitários da época, expressões, como luta comunitária, luta pela terra, justiça social, dominação e libertação, são frequentes.

3 Esta expressão é utilizada por Marize Bastos Cunha, pesquisadora do Cepel (Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina) para indicar o espaço vazio deixado pela retirada progressiva do Estado das ações sociais, e que seria o espaço das demandas populares, que nasceriam a partir desta “pressão negativa”. Na verdade, tal discussão nasce da constatação por parte desta e outros pesquisadores de que nem só no vácuo do Estado surgem estas demandas, que a população trata de organizar suas necessidades também de forma independente da forma como o Estado age.

4 Num documento de 1973 sobre a responsabilidade das igrejas cristãs, o profissional de saúde cristão é, já nesta época, conclamado a pensar sua prática como algo que, além de contemplar a questão técnica da resolutividade dos problemas concretos de saúde, também faça a vida das pessoas mais “saudável”, ou seja, mais autônoma, com maior controle sobre ela, mais livre dos vários tipos de dominação, não apenas da doença (Hellberb, 1976).

Algumas áreas de tensionamento social emergiram, paralelamente, às questões maiores da luta social contra a desigualdade: gênero, sobretudo. Assim, na formação dos agentes também a questão da subalternidade da mulher esteve presente, determinando uma orientação dos conteúdos a serem abordados, uma vez que a saúde da mulher também é um dos eixos orientadores da proposta da APS.

Notamos que, nestes momentos mais iniciais e de efervescência desta proposta, o objetivo do engajamento dos religiosos — a libertação do povo de Deus pela palavra do Evangelho — e o compromisso dos profissionais de saúde envolvidos — a construção de um modelo e um sistema de saúde que contemplasse a questão da desigualdade e das necessidades da população — não encontravam, na execução concreta do projeto, elementos de conflito ou contradição. Pelo contrário, a relação entre leigos (católicos ou não, e mesmo ateus) e religiosos era marcada por profundo respeito e colaboração. Era como se houvesse uma complementaridade entre visão religiosa e visão técnica e político-ideológica, que se estendia também ao plano pedagógico.

A metodologia de trabalho, no entanto, traz elementos diferentes. Enquanto os religiosos propunham, durante as aulas, encontros e oficinas, atividades coletivas como cantar, rezar, dançar sempre falando de Deus, os profissionais tinha mais dificuldade em lidar com atividades mais lúdicas e voltadas para o lado místico das pessoas. O participante — o agente de saúde, a pessoa da comunidade —, no entanto, traz o olhar místico e religioso em todos os momentos, questão que estaremos retomando mais adiante.

A impressão que temos é que, para as pessoas-objeto desta ação — os moradores das comunidades e as mulheres dispostas a cursarem a formação de Agentes de Saúde —, estas não eram questões relevantes. Na verdade, para o “pobre” (na visão do religioso) ou para as classes subalternas (na visão do profissional de saúde), não faz diferença nenhuma separação conceitual,

metodológica ou de objetivos no que se refere às suas condições de vida, saúde e quanto à maneira como enfrentam as dificuldades do dia a dia.

**Secularização do agente:
o Estado entra no processo**

Durante a década de 1980, conforme já apontado, esta proposta vai paulatinamente se ampliando e ganhando visibilidade. A partir de 1984, uma parceria com a Prefeitura de Petrópolis, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, dá um impulso maior a este trabalho na cidade. Ao mesmo tempo, por parte dos profissionais envolvidos na construção do projeto do SUS, a maioria oriundos de uma formação em Medicina Comunitária, inicia-se um movimento de questionamento sobre a legitimidade e real necessidade de agentes comunitários de saúde, sob o argumento de que se trata de uma “medicina pobre para pobres”. Este argumento serviu, ao nosso ver, como um imenso “guarda-chuva” para diversas formas de olhar a questão da Educação Popular no campo da saúde.

A descentralização administrativa e o estímulo à participação popular, pressupostos de organização do SUS, vieram colocar em pauta questões como a divisão do poder decisório e a possibilidade de a população interferir no processo de implantação e manutenção do sistema de saúde. Nesse sentido, a experiência dos agentes comunitários de saúde que estamos relatando foi capaz de catalisar e tornar visíveis contradições e problemas na relação entre Estado/profissionais/serviços e população/comunidades/usuários.

Uma primeira questão que surgiu refere-se a um posicionamento claramente corporativista dos profissionais de enfermagem por acharem que, ao realizarem algumas técnicas que são prerrogativa da ação do enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, deveria o agente submeter-se a uma formação profissional formal de nível básico (no caso, auxiliar de enfermagem).

A pressão dos enfermeiros, à época, determinou que, durante algum período, de fato, os agentes fossem estimulados a continuar seus estudos, terminar o primeiro grau e fazer o curso de auxiliar. A avaliação do processo ao cabo de uns dois anos, no entanto, gerou certa consternação e espanto: não eram, absolutamente, os que tinham mais escolaridade e haviam cursado o auxiliar de enfermagem os melhores agentes na comunidade — os mais queridos pela comunidade, os mais procurados, os que melhor conheciam seu ambiente e os que efetivamente procuravam resolver os problemas e buscar transformações na sua realidade.

Um outro olhar sobre a presença do agente, pelos profissionais, refere-se à imensa dificuldade de aceitar as formas populares de enfrentar e resolver problemas de saúde — desde o uso de plantas medicinais até as rezas — como práticas legítimas do ponto de vista médico. Aqui, estamos num velho terreno, o do embate entre o saber popular e o saber científico, que se reflete na postura autoritária dos profissionais de saúde em sua relação com a população usuária dos serviços. Embora o período fosse de intensa reflexão e discussão acerca do papel do profissional de saúde e de revisão da prática médica, o que se viu foi a persistência deste tipo de postura, escamoteada pelo discurso em prol de uma medicina mais “capacitada”. O trabalho de educação popular com agentes de saúde foi, sempre, um espaço marcado pela contradição e conflito entre o senso comum e o saber científico, entre a racionalidade da biomedicina e a “irracionalidade” do conhecimento cotidiano.

Por volta de 1984, a Prefeitura, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, passou a apoiar a formação dos agentes do Colégio Santa Catarina. Esse apoio aconteceu porque o secretário de Saúde, à época, conhecia o trabalho do Colégio e estava interessado em desenvolver alternativas para a atenção à saúde. No entanto, a absorção dos agentes que completaram o curso como mão de obra só veio a acontecer em 1995, para se concretizar de maneira efetiva mediante a implantação do Pacs, nos moldes atuais, em 1998.

Durante todo o período inicial, o apoio do Estado restringiu-se a bolsas de estudo, vale-transporte e material de consumo para o curso. Não havia nenhuma interferência no que se refere ao processo de ensino dos agentes, nem quanto ao conteúdo e nem quanto à metodologia. No início dos anos 1990, no entanto, o questionamento que os profissionais de saúde — enfermeiros e médicos, sobretudo — lançaram sobre a presença do agente no sistema de saúde veio determinar mudanças nesta relação. O apoio financeiro foi retirado, sob a alegação de diminuição de recursos para serem disponibilizados. Um certo clima de enfrentamento começou a se criar, e ficou claramente explícito nas duas primeiras Conferências Municipais de Saúde, em 1991 e 1993.

Se, como já apontamos, o início da formação dos agentes surge em um contexto de reivindicação de melhores condições de vida e como luta pela participação democrática das camadas populares no Estado, nesta época posterior, esta luta se focaliza mais na relação entre profissionais “detentores do saber médico” e agentes de saúde. É um momento, também, em que a até então intensa movimentação dos religiosos comprometidos com a Teologia da Libertação sofre um gradual refluxo, por conta da forte reação do Vaticano e dos setores tradicionais da Igreja aos escritos de Leonardo Boff.⁵ Ao se deslocar o eixo da luta, deslocam-se também os objetivos do trabalho educativo, que aqui passa a se voltar mais para buscar maneiras de garantir a continuidade da formação e de legitimar o trabalho do agente de saúde ante os profissionais de saúde.

5 Em 1989, por ordem do Vaticano, ao frei Leonardo Boff, foi imposto o chamado “silêncio misericordioso”, que, na prática, consistia na proibição em dar aulas e falar publicamente sobre a Teologia da Libertação. A reorganização da hierarquia da Igreja Católica no Brasil, nesta época, caminhou num sentido também mais conservador, segundo a avaliação de militantes católicos das CEBs. Já no final dos anos 1980, os movimentos das Pastorais e das CEBs sofreu mudanças, relacionadas a esta hegemonia conservadora, e, durante os anos 90, embora não tenham desaparecido, os trabalhos religiosos populares da Igreja Católica tornaram-se menos visíveis na sociedade brasileira. É o período quando, também, ocorre grande aumento no número e expressão de outras igrejas e denominações cristãs, sobretudo, as de orientação pentecostal.

Neste contexto, ocorre o que denominamos de “secularização” do agente: se até há algum tempo ele era o representante do Povo de Deus em busca da libertação, neste momento, ele passa a ser um trabalhador em saúde, atrás da legitimação e do reconhecimento do próprio setor saúde. O discurso do agente, quanto à sua prática, é o da necessidade de reconhecê-lo e incorporá-lo como mão de obra assalariada dentro do sistema de saúde. Ao argumento da “medicina de pobres” opunham a pergunta: se querem acabar com o agente, qual é o profissional de saúde que vai subir o morro, então?

Pari passu com o refluxo do trabalho religioso é interessante notar como a compreensão sobre a estratégia da APS, tal como formulada logo a partir de Alma-Ata vai, no decorrer destes anos, ganhando outros contornos. O termo *Atenção Primária* passa a ser incorporado como sinônimo de nível primário de atenção, e perde-se o sentido de reorganização e transformação do modelo assistencial anteriormente proposto.⁶

Implantação do Pacs (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) transformação do perfil do agente

A proposta de implantar um programa de agentes de saúde de maneira mais ampliada no país começou a desenhar-se no início dos anos 1990. Também nesta época já havia uma mobilização de entidades de representação dos agentes em favor da sua regularização profissional — problema que persiste até hoje.

⁶ Hoje, quase não se encontram mais documentos se referindo à APS no Brasil. Atualmente, a oferta de serviços e procedimentos voltados para a resolução dos problemas que devem dirigir-se ao nível primário, representado pelos Postos, Centros de Saúde e ambulatórios e, mais recentemente, pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, encontra-se reunida sob a denominação de Atenção Básica. Nota-se que ainda persiste alguma confusão sobre no que realmente consiste esta Atenção Básica, sobretudo quanto ao financiamento, pois alguns procedimentos que são pagos pelo teto financeiro de Média Complexidade incluem-se entre as ações básicas.

Inicialmente, o estímulo à formação e remuneração de saúde de antes ficou restrito a alguns estados do Nordeste, sendo o Ceará o pioneiro nesta experiência, que, a partir de meados da década de 1980, obtém repercussão até internacional, pelo impacto sobre alguns indicadores de saúde — a mortalidade infantil, principalmente.⁷

A expansão do Pacs acontece mais na segunda metade da década de 1990. Ao apontar para a possibilidade de incentivo financeiro para implantação e incorporado ao repasse fundo a fundo para os municípios, o Ministério da Saúde torna o Pacs altamente desejável para os governos municipais. A incorporação deste incentivo ao Piso da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica do SUS de 96, serviu de forte estímulo para os municípios buscarem a implantação do Pacs. Em Petrópolis, a incorporação de uma proposta que teve origem no movimento pastoral da Igreja conseguiu, de um só golpe, resolver uma série de impasses, conforme veremos a seguir.

O primeiro problema refere-se à discussão quanto à incorporação ou não do agente ao serviço público, pela resistência dos profissionais de saúde, sobretudo da área da enfermagem, como já vimos. Ao argumento de que o Pacs é capaz de gerar recursos adicionais para o município, aliou-se a proposta de colocar um enfermeiro gerenciando o Programa, além da garantia de que os agentes não realizariam procedimentos considerados exclusivos da enfermagem. Em Petrópolis, foi interessante observar profis-

⁷ A questão da redução da mortalidade infantil vinculada à presença de agentes comunitários de saúde é ainda um fato, a nosso ver, passível de discussão. Não há como negar que a presença de agentes nas comunidades, utilizando tecnologias de baixo custo e alta efetividade no controle dos problemas mais simples (o exemplo mais comum é o do soro caseiro nos casos de diarreia em bebês), é capaz de interferir nos processos saúde-doença mais frequentes nesta faixa de idade. No entanto, não há que esquecer que mesmo em áreas onde não havia agentes de saúde, a mortalidade infantil também vinha apresentando tendência decrescente. Outro fator pode estar ajudando a distorcer a análise sobre a relação entre agentes de saúde e mortalidade infantil: a divulgação do impacto neste indicador quase sempre é acompanhada do uso político-partidário, como se fosse uma prerrogativa de determinado governo estadual ou municipal.

sionais enfermeiros que vinham, há anos, combatendo a proposta do agente, e que, diante da pressão da Secretaria Municipal de Saúde para obter o incentivo, passam não apenas a aceitar o Pacs, mas também a defendê-lo como uma “nova proposta”, negando os quase vinte anos do trabalho educativo da Igreja e de presença do agente no município.

A outra questão, mais séria a nosso ver, está situada em um plano mais profundo, o da legitimação, pelo exercício do poder, do conhecimento biomédico hegemônico ante as práticas populares de enfrentamento dos problemas de saúde. Quando utilizamos a expressão *institucionalização domesticadora* no título do presente trabalho é no sentido de que pensamos que a implantação do Pacs foi uma maneira de negar a forma mais livre e espontânea como as agentes vinham se conduzindo nas suas comunidades, utilizando-se de práticas e procedimentos não reconhecidos pela biomedicina como eficazes, mas que, a nosso ver, possuem significado e oferecem sentido à vida sofrida das classes populares, e são capazes de interferir positivamente nos processos de adoecimento. Acreditamos que a visão do poder público — neste caso, gestor e profissionais de saúde — foi a de reconhecer que, uma vez que não foi possível ao longo dos anos extinguir esta forma de trabalho popular em saúde, era preciso torná-la adequada aos interesses em jogo. Diante do discurso “competente” do poder da instituição (Chauí, 1988), pouco resta às agentes, como força de trabalho não organizada e como pessoas das camadas populares, que não seja silenciar. Isto não impede, entretanto, que, no âmbito da sua relação cotidiana com a comunidade, a agente de saúde procure os caminhos e estratégias que julga importantes para lidar com o sofrimento e os problemas de saúde de sua gente.

O Pacs veio gerar intensos conflitos na prática cotidiana das agentes, que foram proibidas de fazer o que já vinham fazendo há anos. Mas na verdade, embora se sintam vigiadas e desrespeitadas, elas não obedecem, e continuam tentando fazer aquilo que acham que devem fazer, aquilo que é possível fazer pelas pessoas.

No dizer de uma delas, durante uma entrevista, “isso de prevenção e cadastramento que falam que fazemos, não é nada disso. . . na verdade, o que a gente faz é tentar, no mundinho em que vivemos, resolver os problemas das pessoas e diminuir o sofrimento delas”.

Religiosidade popular como expressão de resistência

A busca de uma compreensão ampliada do significado dos processos de adoecimento e das práticas de saúde na vida dos grupos populares, com frequência, têm apontado para a presença, entre essas pessoas, de uma dimensão de religiosidade que se confunde e se mescla não apenas aos atos de curar e tratar as doenças, mas também no enfrentamento do conjunto de determinantes sociais, econômicos e políticos que estão por detrás dos problemas que vivem.

Esse não é um tema novo. Diversas discussões sobre a influência do pensamento religioso nos processos de tratamento e cura das classes populares urbanas brasileiras já tiveram lugar e têm ganhado espaço nos questionamentos que se tecem entre intelectuais e profissionais da saúde coletiva, sobretudo, por meios do aporte teórico da antropologia (Valla, 1998; Rabelo, 1994; Minayo, 1994; Alves, 1994).

Para a maioria dos profissionais de saúde preocupados com o resgate de uma cidadania esquecida, esta dimensão de religiosidade é, quase sempre, posta de lado, uma vez que representa um “lado oculto” do fenômeno saúde-doença, cuja “fluidez” ou “subjetividade” não se ajustam aos cânones de cientificidade da prática médica hegemônica. À exceção das análises socioantropológicas, este é um assunto que parece não ter grande espaço dentro da pesquisa acadêmica em saúde pública.

No entanto, podemos perceber que a presença de um exercício ou busca sistemáticos de uma espiritualidade é mais do que um dos aspectos que permeiam o enfrentamento dos problemas de saúde. Na verdade, o reconhecimento dessa questão parece apon-

tar para um quadro explicativo onde a espiritualidade ganha importância fundamental para estes grupos numa trajetória de vida na qual a distância entre consciência sanitária, exercício da cidadania e vivência místico-espiritual não é tão grande quanto parece.

Pensamos mesmo que a existência de um “projeto” espiritual rde destes grupos pode representar, com frequência, uma diferença importante para que haja o engajamento e persistência nas ações dentro das ações de saúde comunitária, para além da compreensão dos direitos de cidadania e justiça.

Ouvimos, certa vez, de uma médica sanitária atuante há vários anos no interior do Nordeste, que, apesar de a dimensão religiosa não entrar na pauta das propostas de saúde comunitária conduzidas por profissionais comprometidos com a população, sua existência era uma “garantia de continuidade” do trabalho. Perplexa, ela constatava: não que fosse indispensável que as pessoas tivessem alguma adesão espiritual ou religiosa para que este tipo de trabalho comunitário acontecesse. Mas com toda a certeza, este mesmo trabalho — árduo, de “formiguinha”, para a construção de um projeto comunitário de saúde e cidadania — seria levado à frente com muito mais consistência e perseverança por quem tivesse algum engajamento religioso.

Nos atrevemos a ir um pouco mais adiante: pensamos que as pessoas das classes populares que, partindo desta mesma dimensão religiosa,⁸ se propõem também trabalhar a questão da saúde pública na sua comunidade, no povo, conseguem, após algum tempo, compreender e incorporar com maior clareza conceitos que partem da visão de saúde como direito de cidadania. Se a decorrência disto não é uma práxis política e social efetiva e

8 Isto se verifica, com frequência, em pessoas que assumem uma multiplicidade de ações de cunho religioso que acontecem, o tempo todo, nas comunidades — Pastorais da Saúde, da Criança, projetos de visitas comunitárias desenvolvidos pelas igrejas e seitas de orientação pentecostal, ações de caridade e doação de alimentos e roupas por grupos espíritas, festas religiosas e outras manifestações. Note que essas ações são geralmente classificadas como “assistencialistas” pelas elites intelectuais preocupadas com a consciência política da população.

consistente do ponto de vista coletivo, ocorre pelo menos um rompimento, no nível individual ou dos pequenos grupos, com o imobilismo — coisa que o discurso das lideranças políticas compromissadas com a população não tem conseguido. À guisa de provocação, poderíamos afirmar que, a “conversão à cidadania” não conseguiu durante toda a história brasileira, o que, em alguma medida, a “conversão religiosa” tem alcançado (ainda que não seja esse uma decorrência intencional da prática religiosa).

Estas questões, de ainda recente abordagem no campo da saúde pública, mas que têm provocado um questionamento acerca do papel das práticas de educação em saúde sobre os movimentos sociais e a participação popular (Oliveira, 1994; Vasconcelos, 1998). Já há alguns anos, uma certa perplexidade vem acompanhado estas reflexões, apontando para o esgotamento da visão “messiânica” dos educadores junto ao povo (Valla, 1998), e para a necessidade de se olhar mais atentamente as questões relacionadas à subjetividade dos grupos populares (Nunes, 1989).

Entre o grupo de agentes de saúde que acompanhamos, assim como nas comunidades onde moram e atuam, pudemos constatar, ao longo dos anos, que a dimensão religiosa se mantém presente no dia a dia e no lidar com a questão saúde-doença, de maneira às vezes pouco perceptível, mas constante.⁹

Do ponto de vista sociológico, Young (s.d.) nos apresenta o adoecimento como fenômeno sujeito a múltiplas leituras e significados na vida das pessoas. Para além do aspecto biofísico, tão enfatizado pela biomedicina ocidental, o estado de doença introduz na vida da pessoa doente uma série de elementos que são, ao mesmo tempo, novos, uma vez que inauguram um novo *status* social da pessoa, e velhos, porque reforçam crenças e explicações tradicionais. A particularidade do adoecimento como comporta-

⁹ A constância a que nos referimos é em relação ao exercício da religiosidade, sem considerar o fato de que, com frequência, as pessoas das classes populares migram entre seitas e religiões, quando não as exercitam simultaneamente, no fenômeno denominado de “dupla pertença”.

mento que introduz uma alteração ou desvio no *status* social da pessoa é o fato de que, segundo o autor, “a responsabilidade social por seu comportamento pode ser transferida para alguma força alheia à vontade da pessoa”.¹⁰ Neste sentido, a introdução de práticas de cunho espiritual/religioso podem estar fazendo parte de um contexto social mais ampliado de significação da doença.

Parker (1996) aponta para o fenômeno da religiosidade popular na América Latina não como apenas a persistência de manifestações culturais tradicionais, que possam ter impedido ou tornado parcial um processo de secularização que é mais visível nos países de capitalismo central. No âmbito do cotidiano sofrido das classes populares do continente, a fé popular oferece muito mais que consolo e resignação:

A religião popular, em suas diversas manifestações, contribui para a reprodução da vida, para proteger dos perigos que a atacam, porém também contribui para dotar a vida de um sentido extra, revalorizando-a. A religião, neste sentido, não é apenas um consolo, uma estratégia de sobrevivência, é também fonte vivificante na qual o pobre e o indigente recuperam sua dignidade, voltam a identificar-se como homens, como “filhos de Deus”, como “cristãos”. Por meio das crenças e dos rituais populares, o homem se salva de estar “perdido” em meio à miséria, aos vícios, à desumanização, à lama, e recupera a sua dignidade humana, volta a recuperar um sentido pessoal e uma vocação pessoal e social (p. 286).

Quanto a nós, profissionais de saúde comprometidos com uma proposta democrática de saúde, a constatação da presença de elementos de religiosidade no lidar com a saúde e a doença por

10 Da mesma forma, no entanto, Young aponta para o fato de a situação inversa também ocorrer: ainda que a pessoa apresente sinais ou sintomas de adoecimento, uma vez que estes não sejam suficientes para serem enquadrados em alguma modalidade de comportamento que se possa designar de doença, a transferência de responsabilidade não é permitida. Como exemplo, os episódios descritos como “psicossomáticos”.

grupos populares, pode gerar ainda a sensação de desânimo e confusão. No entanto, pensamos que nós, os que desejam desenvolver ações de saúde pública, sobretudo as de Educação Popular em Saúde, nas classes populares, devemos começar a considerar a religiosidade popular como uma categoria a ser incorporada no olhar teórico-metodológico neste campo de ideias.

Conclusão

À guisa de conclusão, gostaríamos de tecer alguns comentários sobre como vemos a atual inserção dos agentes comunitários de saúde na proposta do Pacs.

Temos percebido que ao permitir o reconhecimento formal, através da institucionalização do trabalho de agentes de saúde, o Pacs tem contribuído para gerar, nas mulheres envolvidas neste trabalho, maior sensação de segurança, já que há uma certa garantia de estabilidade e de continuidade de ganhos salariais. No entanto, a formalização da jornada de trabalho de seis horas diárias, por exemplo, é ainda um fator de intenso conflito, e algumas agentes simplesmente abandonaram o Pacs, fazendo a opção de continuarem a agir, na sua comunidade, de maneira mais livre e autônoma (e, com certeza, no cômputo geral das horas trabalhadas, trabalhando em alguns períodos uma média superior a seis horas diárias).

A lógica assistencial que baliza a execução do Pacs é ainda fortemente centrada na figura do médico, do enfermeiro e dos serviços, embora traga, no si, elementos voltados para o eixo da promoção da saúde. O mecanismo de repasse de recursos, baseado em cobertura, está calcado na produção individual da agente dos diversos procedimentos (visitas domiciliares, principalmente). Isto pode estar gerando um certo grau de competitividade entre as agentes, como se a competência do seu trabalho pudesse ser expressa em número de visitas ou cadastramentos.

Conforme está descrito nos manuais do Ministério da Saúde, as chamadas “estratégias transversais” de implantação do Pacs e do PSF pretendem constituir-se em cenários alternativos ao modelo hospitalocêntrico e medicalizante. Se, por um lado, trazem para o âmbito da comunidade e da família a unidade de análise dos problemas de saúde e seus determinantes, por outro lado, a relação dos profissionais com os agentes comunitários e com as classes populares é ainda marcada pelo messianismo, quando não pelo autoritarismo.

Ainda assim, no cotidiano das comunidades, estas agentes continuam tecendo suas pequenas redes de solidariedade e comunhão. Se estão impedidas de executar algumas ações, por se sentirem fiscalizadas em alguns momentos, em outros, continuam exercendo, no seu povo, as práticas que trazem significação e coragem para prosseguir a jornada. Rezam, em grupos, misturadas às religiões e seitas, numa forma de “ecumenismo popular” espontânea. Estão nas casas das pessoas doentes, na creche, em pequenos grupos de mulheres e crianças, ouvindo o sofrimento e tentando achar meios de minorá-lo.

A proposta de formação de agentes comunitários de saúde, à qual nos referimos no presente texto, acabou. No final do ano de 1999, a entidade responsável pela formação, o Colégio Santa Catarina, optou por interromper o curso e por estabelecer uma reflexão acerca das possibilidades e alternativas para o trabalho de Educação Popular em Saúde. O espaço do Colégio é ainda utilizado pelas agentes para encontros periódicos, e nessas ocasiões, elas se referem a um tempo anterior, onde trabalhavam imbuídas de um entusiasmo e espontaneidade que hoje não têm mais como expressar.

Acreditamos que, se pudermos ter “olhos para ver” como os grupos populares enfrentam seu duro cotidiano, poderemos também aprender o milagre de reinventar uma outra maneira de conduzir nossas práticas educativas.

Comentário da autora por ocasião de sua atual publicação na segunda edição do livro

Esse texto foi publicado na primeira edição do livro *A Saúde nas Palavras e nos Gestos* há dezesseis anos. Ele foi originado de um dos capítulos de minha tese de doutorado (2001). Muito tempo passou e eu gostaria de fazer alguns comentários a partir da continuidade dos meus estudos com os Agentes Comunitários de Saúde, ampliando para outros municípios do estado do Rio de Janeiro, por meio da pesquisa “Processos e condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde do Rio de Janeiro” desenvolvido entre 2008 e 2013. Esta nova caminhada de pesquisa me pôs em contato com ACS de realidades distintas — trabalhadores urbanos de áreas pobres e favelas da cidade do Rio de Janeiro, com alguma organização sindical; profissionais de diversas profissões que, por não conseguir trabalho nos seus municípios, buscaram o ingresso como ACS; mulheres com longo histórico de participação comunitária, mesmo religiosa, que atuavam como lideranças locais e aproveitaram a chance de ingressar no mercado formal de trabalho, dentre outras muitas situações. Algumas novas categorias empíricas foram surgindo, e desvelando aspectos não imediatamente visíveis sobre o trabalho dos ACS. Essas breves notas visam compartilhar algumas questões mais prementes.

A primeira que se tornou evidente, e comum nas diversas falas a que tivemos acesso, foi o sentimento de desvalorização e invisibilidade do ACS dentro de uma equipe de profissionais de saúde, cujo processo de trabalho é ainda marcado pelo tecnicismo e por uma certa hierarquização entre as profissões. Outro problema relatado foi o da baixa qualificação profissional, em especial, após a implementação da proposta do Curso Técnico de ACS, pela resistência dos gestores e pela pouca oferta de escolas técnicas do SUS para dar conta dessa formação. Os cursos aligeirados, do tipo “treinamento introdutório” ou cursinhos informativos sobre doen-

ças e imunizações, parecem ser a tônica quando se fala de capacitação de ACS, e nos pareceu que, aos poucos, a categoria dos ACS vem se dando conta de que lhes está sendo sonhada uma formação profissional adequada e consoante com o seu trabalho.

Especificamente sobre a temática do capítulo, podemos afirmar que a dimensão da espiritualidade/religiosidade no trabalho dos ACS está presente nos seus discursos, mas é balizada pela experiência local de implantação. Assim, a exemplo do que ocorreu em Petrópolis, cenário do capítulo original, encontramos em municípios da região do Médio Paraíba uma história semelhante de ingresso de ACS no sistema de saúde a partir de experiências locais conduzidas pelas Pastorais da Igreja Católica. Algumas ACS permaneciam atuando, após mais de trinta anos de ingresso, e mencionaram esta experiência fundante como um marco no município e na região.

Mas foi sobretudo a dimensão de gênero que foi se tornando uma categoria analítica importante, e que atravessou as narrativas acerca das motivações para se tornar e/ou continuar a ser ACS, uma das perguntas que fizemos nas entrevistas ao longo dos anos. A presença da pesquisadora Regina Helena Simões Barbosa, do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ, membro do projeto, conferiu a esta categoria empírica a devida profundidade analítica teórica, pela problematização da inserção do atual trabalho feminino no mundo do trabalho, marcado pela expropriação e exploração da força de trabalho feminina, e de suas características híbridas, que conectam o mundo da produção ao da reprodução da vida.

A questão da religiosidade/espiritualidade passou, nessa análise, a se articular a outras dimensões relacionadas à vida de mulheres pobres, sem acesso a nenhuma formação profissional, muitas sendo chefes exclusivas de suas famílias, na busca pela sobrevivência e pelo desenvolvimento pessoal. Ser ACS, para essas mulheres, é poder estar perto dos filhos (e não em um trabalho igualmente precário e mal remunerado, porém distante de casa),

é poder conhecer melhor as pessoas com quem se convive no território, é reavivar o sentido de reciprocidade e solidariedade nas relações entre as pessoas, para enfrentar as questões de saúde. Não à toa, uma das questões também mencionada pelas ACS era justamente o seu mal-estar e sofrimento diante das dificuldades em garantir o atendimento às pessoas do seu território, pela limitada capacidade de resposta dos serviços de atenção básica. Nas narrativas, emerge, novamente, a importância da dimensão religiosa na vida dessas mulheres, na resignificação do seu sofrimento e do sofrimento alheio, na busca de forças para ampliar o acesso aos cuidados de saúde.

Essas, dentre outras questões, geraram resultados que foram discutidos em novas dissertações e teses, e que vêm colocando em evidência os limites das políticas públicas brasileiras para dar conta das questões de saúde. É de se perguntar: em que medida as ACS, assim como, em menor escala, os demais profissionais inseridos na Atenção Básica, acabam mediando não apenas os processos de cuidado, mas também as tensões e dificuldades impostos pela eterna “crise sanitária” que vive o país?

A temática do hibridismo das ACS, e das contradições que permeiam seu trabalho, segue, nos dias atuais, como um desafio importante, e nos impõe perguntas finais: afinal, por que ter, no nosso sistema de saúde, um trabalhador recrutado na comunidade, que recebe alguma capacitação técnica, que mobiliza esforços solidários de comunicação e ajuda? Estamos apenas visando manter um trabalhador menos capacitado como um “faz-tudo” dos serviços, sem horizontes de desenvolvimento profissional, como forma de reproduzir velhos modelos sociais de terceirização daquilo que vai sendo considerado inferior para as categorias socialmente mais reconhecidas de trabalhadores? Ou podemos, dentro desse conjunto de contradições, enxergar a capacidade de mobilização das ACS como expressão da própria capacidade que todos os “invisíveis” da sociedade possuem, de tecer e tomar as rédeas de sua própria história?

Referências

- ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BOFF, L. *Teologia do cativo e da libertação*. Lisboa: Multinova, 1976.
- CELAM – Conselho Episcopal Latino-Americano. *A Igreja na atual transformação da América Latina à luz do Concílio*. Petrópolis: Vozes, 1968.
- CHAUI, M. *Cultura e democracia*. 6.ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- CNBB. Saúde para todos. *Campanha da Fraternidade*. Brasília: CNBB, 1981.
- GUTIÉRREZ, G. *Teologia da Libertação*. Petrópolis: Vozes, 1968.
- GUTIÉRREZ, G. *A força histórica dos pobres*. Petrópolis: Vozes, 1981.
- MINAYO, M. C. S. Representações da cura no catolicismo popular. In: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova*, n.º 17, pp. 67-91, São Paulo, 1989.
- OLIVEIRA, R. M. *A distribuição desigual dos serviços de água e esgoto no município do Rio de Janeiro: os casos da Penha e Ramos*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1993.
- OMS/UNICEF. Alma-Ata. *Cuidados primários de saúde*. Brasília, 1979.
- PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, suplemento 2, pp. 7-18, 1998.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 14, suplemento 2, pp. 39-58, 1998.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias*. Doutorado em Medicina Tropical. Belo Horizonte: UFMG, 1997.
- YOUNG, A. *Algumas implicações das crenças e práticas médicas para a antropologia social*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, s.d., Mimeo.

*Higiomania: a obsessão com a saúde
na sociedade contemporânea*¹

Roberto Passos Nogueira*

A ideia principal que quero explorar neste trabalho diz respeito à maneira como a sociedade contemporânea constrói a imagem da saúde e como a valoriza através de sua identificação com a aparência e as condições do corpo. O que tenho a dizer sobre este tema segue numa linha de reinterpretação do pensador austríaco-americano Ivan Illich, linha que adotei em recente tese de doutoramento em saúde coletiva.

ILLICH, em ensaio publicado em 1985, fez uma decisiva auto-crítica em relação a sua obra mais conhecida entre nós, *Nêmesis da medicina*, na qual estudara as condições em que a Medicina dá origem ao que é contrário à saúde através do processo de iatrogênese ou iatrogenia.² A *Nêmesis* foi de fundamental importância para

1 Texto publicado para primeira edição deste livro.

* Médico com doutorado e dedicação à Saúde Coletiva. Pesquisador do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UNB. Reside em Brasília. Endereço eletrônico: <rpassosnog@gmail.com>.

2 O neologismo *iatrogênese* é derivado do adjetivo *iatrogênico*, que, no léxico médico, caracteriza a condição de dano ou enfermidade gerada por um procedimento de diagnóstico ou de terapia aplicado pelo profissional médico (ιατρού, em grego). O termo mais usado em português é iatrogenia.

construir o caminho crítico da saúde coletiva no Brasil. Contudo, o texto de autocrítica passou despercebido entre nós, aliás, como, de resto, tudo o que Illich veio a escrever como crítica da sociedade nos anos 1980 e 1990. Diz ele que naquela obra estivera cego ao fenômeno que passou a chamar de “iatrogênese do corpo”, decorrente da posição de centralidade que o corpo ocupa na cultura contemporânea, na qualidade de um objeto de constante preocupação e de intensos cuidados pelas pessoas. Seu entendimento a esse respeito pode ser desdobrado em dois planos de análise: primeiro, a preocupação excessiva com o corpo desloca as pessoas para uma visão superficial e egocêntrica do que seja saúde; segundo, os cuidados seguidos com o corpo vêm se tornando tão variados e obsessivos que geram uma espécie de hipocondria social: a preocupação exagerada com o corpo contraria o significado de uma vida saudável, que deveria ser alcançada e mantida de forma mais espontânea e tranquila, ou seja, gera uma nova modalidade de iatrogênese.

Uma reinterpretção ampla deste texto, como a que pretendo esboçar aqui, ajuda a esclarecer um sem-número de questões sobre as relações entre saúde e sociedade, que têm sido, infelizmente, ignoradas pela corrente da saúde coletiva. O que entendo ser necessário acrescentar à orientação ético-política adotada por Illich é uma visão crítica das dimensões econômico-sociais da iatrogênese do corpo. É preciso ter em conta que a cultura narcisista da modernidade tardia favorece a posta em marcha pela economia capitalista de um ciclo infinitamente ampliável de consumo de bens e serviços voltados para a saúde, que passou a ser entendida neste sentido de perfeição do corpo. Os hábitos e atitudes tidos como adequados redundam na escolha de certos itens de consumo na forma, por exemplo, de alimentos “dietéticos” e equipamentos de exercício, que se incorporaram ao cotidiano não só do executivo como também de cada cidadão de classe média. Que a saúde é cada vez mais entendida como formosura do corpo, bom preparo físico e resultante de um conjunto de práticas

de corpo, é atestado, entre outras coisas, pela incrível proliferação das “academias” e das “clínicas de estética”.

Assim, a saúde na modernidade tardia passou a ser mais que cultivada, é agora adorada. Há uma adoração da saúde que é também uma mania coletiva de saúde, uma *higiomania*. Mas, sendo unilateral na sua apreciação da saúde, reduzida à dimensão do corpo, essa onda cultural se espalha como uma adoração do corpo, uma *somatolatria*. O que todos os meios de comunicação tratam de nos assegurar é que o mais importante, em matéria de saúde para as pessoas, é obter um corpo saudável e que isto depende essencialmente das iniciativas e dos esforços de cada um. A *higiomania* é autonomista no sentido de que entende estar a saúde ao alcance das pessoas, desde que todos sigam a norma correta de estilo de vida, adotem certos hábitos e evitem os riscos sobre os quais são advertidos.

A *higomania* e a *somatolatria* constituem a orientação predominante em uma enorme quantidade de revistas, livros e *sites* dedicados ao assunto. De sua parte, a nova saúde pública e os organismos internacionais da área procuram difundir a filosofia de promoção da saúde, que tem um propósito muito similar, a adoção dos chamados hábitos ou estilos de vida saudáveis. Podemos perguntar, então, em que aspectos ou orientações, a promoção da saúde distingue-se da voga da *higiomania*, ou seja, se ela tem, acerca da saúde, uma visão diferente.

Dizia Descartes, no século XVII, que a saúde é o bem supremo a que todos nós devemos aspirar, e que a sociedade deveria empregar muito mais esforços para fazer que a medicina pudesse descobrir as causas das enfermidades e “os remédios de que a Natureza nos dotou”. Hoje podemos ler essa afirmação como algo indiscutível e que não acrescenta absolutamente nada de novo e interessante, mas soava como grande novidade e uma ousadia no tempo de Descartes. A ideia de que a saúde é o maior dos bens, ou seja, o maior objetivo que almejamos alcançar em nossas vidas, faz parte de um entendimento, de origem tanto popular quanto elitista, que foi criticado duramente pelos filósofos da Antiguidade Clássica e

pelo Cristianismo: não só Aristóteles e os estoicos, como também, posteriormente, Santo Agostinho e muitos outros teólogos medievais. Para essas três correntes de interpretação da moral, a saúde é, sem dúvida, um bem importante, mas está situado em posição nitidamente inferior a outros bens que concorrem de forma mais imediata para a felicidade do homem. Sobre aquilo em que consiste exatamente a felicidade, cada uma dessas correntes tem algo distinto a afirmar. Por exemplo, os grandes teólogos do Cristianismo consideravam que a felicidade é algo inseparável do caminho que leva ao estado de bem-aventurança na contemplação de Deus, a qual, nesta vida, só pode ser realizada parcialmente, mas que atinge um estágio de perfeição após a morte, com a dissolução do limite físico do corpo.

Coube à modernidade consagrar pouco a pouco a visão leiga de Descartes, segundo a qual a saúde é o bem primeiro e “o fundamento de todos os outros bens desta vida”. Com efeito, nos séculos XIX e XX, a saúde passou a ser entendida como a própria base da felicidade. De certo modo, isto é algo que definitivamente está incorporado ao senso comum contemporâneo. Ouvimos não poucas vezes as pessoas afirmarem — velhos e jovens, igualmente — que a saúde é mais importante que o dinheiro, ou que o poder político, ou que o prazer do sexo, e coisas similares. Mas, se na modernidade, a saúde tende a ser confundida com a felicidade, pode-se perguntar: *a saúde consiste em quê?*

Entendo que três respostas fundamentais foram dadas a essa pergunta. A primeira resposta vem do século XVIII, é a iluminista e conforma-se às observações de Descartes, que, neste particular, foi um precursor do otimismo do Século das Luzes. A saúde é definida na forma negativa, como a ausência de doenças. Cada pessoa tem a possibilidade de viver relativamente livre de enfermidades, mas esta possibilidade só pode ser realizada na prática mediante os logros científicos da medicina. O iluminismo confiava que, no campo da saúde, os bens essenciais à existência humana seriam assegurados pela correta aplicação da ciência e da técnica, difundidas pouco a pouco em benefício de todos, como conquistas sociais.

A segunda resposta é a utilitarista, que surge no século XIX. Prende-se a uma vertente do iluminismo que vai além da simples confiança nos poderes da ciência e da técnica, e milita a pela sua organização e aplicação sistemática através do Estado, a favor do “maior número possível” de criaturas. Para o utilitarista, a saúde é um estado de bem-estar, garantido por um conjunto de serviços de alcance coletivo. A saúde pública, nas suas origens na Inglaterra, assume plenamente a doutrina utilitarista de Bentham — pensa que a saúde é resultante de uma soma de iniciativas que melhoraram as condições do ambiente, da moradia, da alimentação, etc. Portanto, como muitos dos sanitaristas posteriores, os ingleses viam que a saúde não pode ser apreendida quando se a analisa unicamente pelo efeito prático das descobertas e inovações da medicina, por mais importantes que estas sejam para garantir uma parte do bem-estar, que se restringe ao âmbito individual.

Através do Estado de Bem-Estar europeu, o utilitarismo sofre uma transmutação política — deixa de ser uma concepção liberal para ser social-democrata. No século XX, o Estado de Bem-Estar pôde materializar, através de seu conjunto de benefícios sociais, tudo o que o utilitarismo havia sonhado, mas não pudera realizar devido à falta de poder político e de bases financeiras. Ressoando na definição famosa dada pela OMS, a saúde é então entendida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, que se pretende poder ser estendido a todas as pessoas como direito de cidadania. Sendo incorporada como parte importante do conceito de seguridade social, a saúde surge daí em uma prospecção de bem-estar que é garantida a cada cidadão e ao corpo social, tendo em conta as vicissitudes do futuro e não apenas as do presente. O Estado organiza a provisão do bem-estar, dando a cada um a certeza de que a efetivação de certos riscos inerentes ao mercado de trabalho e ao ciclo da vida (acidentes, aposentadorias, viuvez, etc.) não terão consequências catastróficas para suas famílias. Muitas das concepções que hoje discutimos sob o nome de saúde coletiva foram sem dúvida profundamente

influenciadas por essa visão da saúde como bem-estar e pelas políticas sociais do Estado de Bem-Estar na Europa.

A terceira resposta à pergunta mencionada surge no momento da conformação de uma etapa cultural e político-econômica da sociedade moderna, que seguindo a Giddens, denomino aqui de modernidade tardia. Ela é caracterizada pela sobrevalorização da saúde, especificamente na forma de higidez do corpo, a higiomania. Surge como acompanhamento de mudanças consideráveis no plano do conhecimento científico, que importaram numa extraordinária valorização das ciências da saúde e da biologia. De um ponto de vista sociológico, o que esta etapa tem de novo é a tremenda ênfase dada à responsabilidade individual na construção da saúde. A saúde não é mais representada como um estado de bem-estar, mas como uma condição aparente do indivíduo na relação com seu corpo e com o ambiente. Individualiza-se no corpo e no comportamento que temos a seu respeito, nos nossos hábitos e nas escolhas que realizamos em cada forma de estilo de vida. Esta noção tem uma inspiração higienista clara. Faz reviver certos modelos higienistas que caracterizaram a medicina hipocrática em suas prescrições dirigidas à elite proprietária da Grécia clássica, com a diferença que agora se torna uma orientação plenamente *democratizada*, ou seja, aplica-se a todo mundo.

Suponho que essas mudanças no imaginário e no comportamento social sobre saúde ocorreram a partir das décadas de 1970 e 1980, mas creio não haver necessidade de datar precisamente sua emergência. O importante é que se reconheça, como sugere Illich, que não decorrem apenas de uma alteração na forma como se acumula ou se organiza o conhecimento científico sobre saúde. Têm a ver com a própria conformação da cultura contemporânea em sua totalidade, de tal maneira que mal nos damos conta delas, tal é o grau de sua integração ao nosso cotidiano. Há uma rearticulação importante entre saúde e sociedade, ao longo dessa mudança, relacionada ao *status* epistemológico e ao valor econômico das ciências da vida e da saúde. Como modelo de influência

na epistemologia, essas ciências passaram de um papel subalterno (em face das ciências físicas) ao de um paradigma dominante, devido a sua relevância para o estudo das questões da “complexidade” (ou Teoria do Caos). Ao mesmo tempo, os conhecimentos biológicos, especialmente os de genética, viram-se de repente extremamente valorizados, inclusive devido às possibilidades abertas para a biotecnologia como força produtiva nas indústrias de ponta.

Por outro lado, a relação interpessoal na transmissão dos conhecimentos de saúde foi profundamente alterada em face do grande interesse que as questões do cuidado com a saúde passam a suscitar junto à mídia e aos meios eletrônicos de comunicação. Ao entrarem em cena esses novos atores, potentes e com ampla audiência, os profissionais de saúde e os educadores foram ultrapassados em sua função de guardiões e difusores do conhecimento sobre a saúde. Os grandes jornais e a internet encarregam-se hoje de divulgar a cada dia qualquer novidade da investigação biológica e epidemiológica que resulte ser publicada nos periódicos científicos mais afamados. A voga da higiomania pode assim ser nutrida em sua fome de saber, de determinar o que é melhor para a saúde e qual a importância deste ou daquele item de consumo na geração de enfermidades ou na prevenção de seus riscos.

No quadro apresentado a seguir, tento sintetizar essas novas relações sociais que participam da produção e difusão do conhecimento em saúde.

Quadro 1. Dois momentos nas relações de construção e difusão do conhecimento em saúde

| | Momento I (até anos 70?) | Momento II (anos 80 em diante) |
|------------------------------|---|---|
| Posição das Ciências da Vida | Relativamente subalterna diante das ciências e das técnicas da “matéria”. | A biologia passou a ser dominante no campo epistemológico e a biotecnologia no mundo dos negócios. |
| Fonte de conhecimento | Literatura científica em geral. | Resultados das pesquisas publicadas em periódicos especializados (<i>Nature</i> , <i>Science</i> , etc.). |
| Intérpretes e Difusores | Profissionais de Saúde, Educadores. | Profissionais da mídia e da comunicação eletrônica e uma diversidade de “profissionais do corpo” (em academias, consultórios especializados, etc.). |

Quadro 2. Dois Momentos nas Relações de Construção e Difusão do Conhecimento em Saúde (continuação)

| | Momento I (até anos 70?) | Momento II (anos 80 em diante) |
|-------------------------------|---|---|
| Público | Pacientes, grupos populacionais carentes. | Todos, independentemente de estarem ou não enfermos, terem alta ou baixa renda. |
| Significado cultural da saúde | Ausência de doenças e completo “bem-estar”. | Corpo, “em forma” sadio e esbelto – Promoção da Saúde – Somatolatria e Higijomania. |

A questão relevante para nosso debate consiste em saber onde pôr um limite à normatividade neo-higienista quando ela traduz uma supervalorização da saúde e, mais especificamente, da saúde corporal. Relembrando, neste contexto, o título muito significativo da obra de Roberto Machado, parece que estamos novamente diante de uma “danação da norma”, ou seja, estamos numa fase em que de novo as regras da boa saúde são convertidas num dogma, num dogma sobre o corpo sadio, cuja imagem é agora idolatrada em todos os lados.

Existirá uma saída ética e política a esse novo moralismo da saúde? Por certo, mas ela não pode resultar de uma denúncia acadêmica, que proceda a uma “desconstrução” dos motivos e da lógica da higijomania. Qualquer concepção da saúde terá sempre um apelo moral forte e nos remeterá ainda a normas de comportamento que a nossa cultura potencialmente sanciona. Ainda que seja possível criar uma imagem da saúde fora daquilo que nos permite a cultura de nossos tempos, ela será seguramente pouco eficaz para ajudar as pessoas a refletir sobre o que fazer em relação a sua saúde. Assim, entendo que devemos ser profundamente críticos diante da voga da higijomania, sem jamais pensar que gozamos da liberdade para sermos moralmente neutros em matéria de saúde.

Alinho, a seguir, alguns motivos para o indispensável exercício da crítica à higijomania, expostos na qualidade de questões socraticamente direcionadas ao debate:

- Não deveria a capacidade de enfrentar a enfermidade e a morte fazer parte da noção mesma de saúde, como recomenda Illich? Acompanhando-o, não deveríamos interrogar se o narcisismo do corpo não operaria contra este bem tão querido que é a

saúde, vista a partir de uma concepção ética que valorize outros objetivos no modo de viver de cada um de nós?

- Se, nas sociedades da modernidade tardia, o conhecimento originado da produção da ciência é transmitido diretamente às pessoas, e se a ciência vive de nutrir dúvidas sobre seus próprios achados — “incerteza fabricada”, segundo Giddens (1994) —, tem a ciência o direito de, a cada resultado de uma nova pesquisa que se divulga nos meios de comunicação, induzir uma profunda alteração nos modos de vida das pessoas?

- Pode a ciência fornecer pautas de ação diante dos riscos à saúde e à vida humana quando os especialistas têm opiniões conflitantes ou simplesmente ignoram o significado e a magnitude do risco, ou seja, podemos ainda acreditar na ciência quando ela não sabe ou visivelmente apenas finge saber?

- É justo que a mídia e os governos contribuam para divulgar (“fabricar”) cada vez mais *riscos* para a saúde das pessoas, na qualidade de sinais de alarme que se vão somando indefinidamente, disseminando o medo e a insegurança, impondo mil medidas de precaução e de autocuidado nas pessoas?

- Se a saúde coletiva e a saúde pública, de um modo geral, têm ignorado o tema da higiomania, não será porque nas academias e além delas, alimentam-se e se beneficiam do poder extraordinário que adquiriu entre nós essa mania da saúde?

Neste ponto, é importante destacar a formulação ético-filosófica de Illich sobre o que é saúde. A formulação consta de uma passagem da *Nêmesis* na edição americana, que merece ser citada aqui, já que pode ser usada como libelo contra a higiomania contemporânea:

A saúde designa um processo de adaptação. Não é o resultado de instinto, mas uma reação autônoma, embora culturalmente moldada, diante da realidade socialmente criada. Ela designa a habilidade de adaptar-se aos ambientes mutáveis, ao crescimento e ao envelhecimento, à cura quando enfermo, ao sofrimento e à expectativa pacífica da morte. A saúde

de abrange o futuro também e, portanto, inclui a angústia assim como os recursos internos para conviver com ela. [. . .] A fragilidade vivida conscientemente pelo homem, sua individualidade e seu relacionamento com os demais fazem da experiência da dor, da doença e da morte uma parte integrante de sua vida. A habilidade de lidar com essa trinca é de fundamental importância para sua saúde.

Pode-se dizer que o grande objetivo da higiomania é apartar da noção de saúde qualquer associação possível com a morte, o envelhecimento e a dor. Seu narcisismo não lhe permite encarar essas contingências da vida humana. No fundo, a higiomania é mais uma *hubris* da modernidade, porque expressa a pretensão de criar seres humanos imortais. Mas imortais para quê? Talvez para poderem continuar a ser consumidores para todo o sempre. . .

Illich pretendia contrapor-se por completo às manifestações maníacas da saúde em nossa sociedade. Queria denunciá-las como um automatismo narcisista do corpo, promovido através dos mecanismos de uma autoajuda que não é libertária, mas cria, na verdade, novas dependências diante da sociedade de consumo. Ele imaginou que pudesse existir uma forma verdadeira de viver com autonomia, na qual o consumismo — não só o do corpo, mas de todo tipo — estivesse abolido. São as comunidades *vernaculares* que se dedicariam a uma pequena produção de subsistência, com bens e serviços “produzidos em casa”, dentro das quais a saúde fosse o resultado de uma ética autêntica do cuidar de si.

Contudo, ao contrário de Illich, talvez possamos entender, numa proposta mais realista para todos, que cabe denunciar a higiomania não como um erro ético abominável. Ela pode ser interpretada na qualidade de uma forma degradada ou inferior de uma ética da autenticidade, tal qual foi analisada pelo filósofo canadense Charles Taylor. A despeito de a higiomania ser bastante individualista e narcisista no seu culto da saúde, ela pode ser criticada e corrigida com base em valores éticos contemporâneos,

mais altruístas e coletivistas, que se associam à busca da autenticidade, e que, em parte, herdamos do iluminismo. Com este mesmo propósito, podemos lançar mão também de todas as ricas tradições religiosas do Ocidente e do Oriente, que hoje são recuperadas e têm uma influência muito forte, inspirando-nos na busca de visões mais amplas (ou “holísticas”) da saúde.

Assim, podemos rechaçar a higiomania sem precisar seguir o caminho radical de “refundação social” recomendado por Illich. Seguramente as comunidades vernaculares, que ele admira, tratam com mais espontaneidade a saúde do corpo, como algo a ser cultivado com atenção, porém não idolatrado. Mas podemos combater muito concretamente, por outros meios, a higiomania permanecendo ainda como membros ativos de nossa sociedade, com todas suas vicissitudes. Isto é viável se identificarmos na nossa cultura fundamentos suficientes para motivar as pessoas a adotar condutas e crenças distintas das que são provocadas pela higiomania. Neste sentido, a visão ético-filosófica de Illich é apenas uma das muitas a que podemos recorrer para negar que a saúde possa ser reduzida a um cuidado obsessivo e narcisista consigo mesmo ou com a boa forma e o bom desempenho do corpo.

Referências

- GIDDENS, A. *Beyond left and right: the Future of Radical Politics*. Stanford, Califórnia: Stanford University Press, 1994.
- ILLICH, I. *Medical nemesis: The expropriation of health*. Nova York: Pantheon Books, 1982 (original: 1996).
- ILLICH, I. *In the mirror of the past: lectures and adresses, 1978-1990*. Nova York, Londres: Marion Boyars, 1992.
- NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso: uma reinterpretação de Ivan Illich, o profeta da autonomia*. Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998.
- TAYLOR, C. H. *The Ethics of Authenticity*. Nova Jersey: Princeton University Press, 1992.

Ensaio sobre Palmares

Maria Amélia Medeiros Mano*

Aos Chicos de todos os dias

*A cegueira também é isto, viver num mundo onde se tenha acabado a
esperança.*

Saramago, 1995, p. 204

HÁ LUGARES onde sempre quero retornar, porque me marcaram. Porque as pessoas me marcaram. Porque, como Médica de Família e de Comunidade, tenho o vício do vínculo e da longitudinalidade. Porque me espanto com o que as pessoas constroem, com a arte terna, eterna, com que costuram as tramas de suas vidas, com dignidade e simplicidade, com alegria em meio a dor. São lugares mágicos, são pessoas mágicas, milagrosas. Esses milagres não são “de fora”, com luzes que ferem os olhos, lágrimas de sangue em imagens. Sim, há curas e ressurreições: renascemos e nos curamos. Mas esses milagres são de dentro e nascem do encontro e da escuta. Para iniciar, compartilho a história de um herói anônimo, desses que fazem milagres dentro dos nossos corações.

Chico, alagoano, trinta e sete anos, foi abandonado pela família muito carente, junto com a irmã gêmea, aos três anos. Foram

* Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição pertencente ao Ministério da Saúde, em Porto Alegre/RS. Fez residência em Medicina Preventiva e Social e Mestrado em Educação na UFRS. É uma das organizadoras do *blog* Balsa das 10.

adotados por uma outra família e novamente abandonados. Aos sete anos, já sabia o que era trabalhar para não sentir fome. Varria pátios e passava pano no chão das casas por um prato de comida para ele e para a irmã. Desde cedo, aprendeu a cuidar na miséria, a proteger em meio à desproteção. Aos oito anos, aprendeu a tirar leite de vaca. Aprendeu de tudo um pouco e fez de tudo um pouco. Acabou seguindo o destino comum de muitos homens da região: cortar cana no Espírito Santo, ofício que sabe, causou-lhe males e doenças. Aprendeu a cozinhar quando foi trabalhar na lavoura de algodão, em Mato Grosso. Fazia bem feito, “no capricho”. A partir daí, sempre que partia para as colheitas de cana em São Paulo ou no Espírito Santo, não ia para a lavoura, mas cozinava para a peonada, no acampamento dos “boias-frias” nos canaviais.

Chico é de pouca letra e o que aprendeu foi no Mobral. Fez concurso público na cidade, no interior de Alagoas. Passou e nunca foi chamado. Diz que há onze pessoas da mesma família ocupando cargos sem concurso e que “aqui é assim. . .”. Após longos anos de trabalho, comprou seu terreno por oito mil reais e fez sua casa, aos poucos, com as economias. Comprou as coisas da casa que pagou em duas vezes de mil e duzentos reais. Em vinte minutos, a água levou tudo. Durante todo o mês, ajudando a Defesa Civil local, exposto a pressões e à exaustão de uma situação de doenças e perdas, ele ganhou seiscentos reais e resolveu pagar parte da sua dívida. De toda a sua história, há a marca de honrar seus compromissos, pois diz que todos dependem uns dos outros, todos se apoiam e não sabe quando precisará de alguém. O que tem é seu nome limpo e o próximo salário ainda vai para pagar sua dívida.

Então, Chico tentou vender o terreno, mas só deram dois mil reais. Naquele momento, me diz, Chico disse a Deus que estava na vida para Ele fazer o que quisesse dele, estava nas mãos de Deus e nada mais tinha. Disse ainda: “fui abandonado pela mãe até hoje”. Até hoje, abandonado, Chico se vincula com os visitantes que vêm no auxílio dos desabrigados das cheias da bacia

do rio Mundaú. Chorou por dois dias quando o corpo de bombeiros do Rio de Janeiro se foi e confessou que iria sofrer quando o nosso grupo partisse. Quando questionado pelas autoridades locais, sobre as coisas que não funcionam, ele só respondia: “eu sou só isso” e mostra o dedo mínimo. E continuava: “e vocês são isso” e mostrava a mão inteira. “É muita coisa”, repetia sempre no fim de seus pensamentos e de suas histórias. E ficava olhando a minha escrita com admiração e esperança de que Deus olhará para ele e está, certamente, guardando alguma bênção. Um dia. . .

Ouvi essa história de Chico no último dia em que atendi em um hospital de campanha, no interior de Alagoas, por conta de missão institucional para o atendimento aos desabrigados das cheias da bacia do rio Mundaú. O nome Chico está no verso da música *Parabolicamará* de Gilberto Gil (1994):

*Esse tempo não tem rédea
Vem nas asas do vento
O momento da tragédia
Chico Ferreira e Bento
Só souberam na hora do destino apresentar.*

Parabolicamará é a fusão das palavras *parabólica*, antena eficiente em captar sinais de TV, e *camará*, palavra-vocativo usada por praticantes de capoeira para se referirem uns aos outros (Silva, 2010). Assim, não só o título, mas toda a música apresenta contrastes e não apenas entre o tradicional e o moderno, mas entre o rural e o urbano, o artesanal e o industrial. Ainda, os tempos: o existencial e o cronológico. As distâncias: longínquas ou próximas, relativizadas pelas diferentes velocidades dos meios de transporte e comunicação — a jangada e o avião citados na música. A cultura da pequena cidade e a cultura universal.

A história de Chico, esses contrastes, bem como a obra de Saramago, *Ensaio sobre a cegueira*, inspiraram as reflexões desta escrita, há muito tempo guardada, entre as lembranças e memórias

de um tempo vivido em uma situação de grandes perdas. Tempo necessário para amadurecer, para resignificar, para se debruçar sobre a história de Chico, este que só sabe do momento da tragédia “na hora do destino apresentar” e que, na realidade, vive uma tragédia cotidiana desde os três anos de vida. Esse contraste, também, existe entre o que é agudo, visível e choca e o que é crônico, cotidiano, silenciado e banalizado. Ainda, o que é “humano” e o que é “natural”, os desastres próprios da modernidade e a permanência de desigualdades seculares.

Mais do que a poesia e a prosa, mais do que a escrita reflexiva que nós, da assistência, do trabalho, da proximidade com a vida vivida, vamos aprendendo a lapidar, é importante sempre lembrar Chico. São muitos os “Chicos” sempre a nos contar das vidas. Para todos eles, contar é necessário para entender e aliviar. E contar é sinal de confiança em quem escuta. Assim, para nós, profissionais de saúde engajados na missão maior do cuidado, escutar é uma honra, uma conquista. É necessário escutar para estar junto, para buscar compreensões mais profundas, discursos mais reais e lutas mais verdadeiras. Assim é que entra a Educação Popular, enquanto diálogo, enquanto aposta no simples, enquanto desafio, enquanto escuta.

Há que se acreditar que é possível exercitar a Educação Popular nos contextos mais adversos. E, sim, a ideia é admitir que, mesmo na temporalidade remota, na impermanência e no caos, não só é possível quanto é necessário. Para tal, há que se ter algumas compreensões. A primeira, é “o momento da tragédia”, ou seja, sem me aprofundar em conceitos, é importante pensar no que está por trás desse fato. O que entendemos por tragédia natural e humana? Será que é possível separá-las? Será que podemos também, questionar a nossa “natureza” e a nossa humanidade enquanto produção de barbáries? Não há pretensão de responder.

Na segunda parte, “Palmares” é o relato-reflexão sobre a minha experiência pessoal em uma situação de enchente, contextualizando a reflexão seguinte: Ensaio sobre Palmares. Aqui, entra

a obra de Saramago que é sobre uma grande epidemia de uma cegueira aguda e “branca”. No entanto, mais do que a grande comoção, a repercussão coletiva, o alvoroço midiático e o pânico, o romance salienta as manifestações e enfrentamentos igualmente trágicos, mas silenciosos. Não é possível chamar esses eventos secundários de “pequenas” tragédias, assim como não é possível nomear da mesma forma a história de Chico. Para Chico, há situações que antecedem, permanecem e se sustentam depois que o grande evento sai de cena enquanto notícia. Mais do que o grito e o susto, são os silêncios que antecipam e persistem, a maior tragédia, o maior flagelo.

Não somente para os processos que desencadeiam, tampouco para os processos que derivam de uma catástrofe, é preciso olhar também para o entremeio das fibras que a compõem, que a mantêm, que a fazem ser mais cruel. Entender a dimensão de grandes e pequenos atos banais ou extraordinários, mas, acima de tudo, humanos, é uma perspectiva importante. Tal percepção, juntamente com o fato de que somos parte de uma sociedade que produz iniquidades, nos permite inferir que, em alguma dimensão, somos mais atores do que pensamos. Talvez mais responsáveis do que julgamos ser, e assim termina o texto sem a pretensão de terminar, mas de continuar questionando. O quanto silenciamos? O quanto banalizamos? Tentar responder pode ser o primeiro passo para se pensar em uma Educação Popular para os contextos mais improváveis e mais cotidianos. Mais do que imaginamos.

O momento da tragédia

Conforme a Política Nacional de Defesa Civil (2007), desastre é uma situação que resulta de eventos adversos sobre um ecossistema vulnerável. Tais eventos podem ser naturais ou provocados pelo homem. No entanto, na concepção social, o desastre é um processo que está inserido em uma sociedade que expõe as pessoas às

situações de vulnerabilidade, como, por exemplo: as péssimas condições socioeconômicas; a ocupação inadequada do solo; o adensamento urbano em áreas de risco; a falta de investimentos na saúde e na educação. Ou seja, todos os exemplos são construções humanas. Assim, será que, de fato, não se pode falar de tragédia natural?

Dupuy (2006) tenta responder: um risco natural caracteriza-se pela combinação do acaso (fenômeno geológico gerador) com a vulnerabilidade (o efeito sobre os agrupamentos humanos). Em relação ao acaso, puramente, sem a presença humana, não há dano aparente. Há muitos sismos em áreas inabitadas que passam somente enquanto registro! Logo, o que faz a catástrofe é a exposição dos homens. Uma das conclusões do Decênio Internacional para a Prevenção das Catástrofes Naturais (DIPCN), que terminou em 2000, foi considerar que já não faz mais sentido falar de catástrofe natural: “Se o acaso natural existe, e não o podemos impedir, é a vulnerabilidade social que transforma o fenômeno em catástrofe” (Dupuy, 2006, p. 1183).

Assim, é fácil entender por que, estatisticamente, mais de noventa por cento das mortes por desastres ditos “naturais” em todo o mundo ocorrem nos países mais pobres (Lopes et al., 2010). O terremoto no Haiti, que aconteceu em janeiro de 2010, atingiu sete pontos na escala Richter e ocasionou a morte de mais de trezentas mil pessoas. Enquanto isso, o Japão, após o terremoto de maior dimensão (8,9 pontos), em março de 2011, o número de mortos foi em torno de onze mil. Assim, a intensidade das consequências humanas dos fenômenos depende muito mais do grau de vulnerabilidade do território e das comunidades afetadas do que da magnitude do evento adverso (Ibidem).

O Brasil se encontra entre os vinte maiores receptores mundiais de empréstimos para cobrir emergências relacionadas a desastres naturais (Dilley et al., 2005, apud Braga, Oliveira & Givisiez, 2006). Os desastres mais frequentes, sendo pautas repetidas de políticos, são as enchentes no Sul e Sudeste e as secas

no Nordeste. Estudos do Banco Mundial e da Universidade de Columbia confirmam e consideram as regiões Sul, Sudeste e Nordeste com potenciais risco de desastres hidrológicos e de seca (Ibidem). Os autores ainda afirmam que entre os indicadores de vulnerabilidade para enchentes, além da exposição, os mais significativos são densidade populacional e PNB *per capita*. Ainda, famílias chefiadas por mulheres, assim como famílias chefiadas por desempregados e famílias residentes em moradias subnormais e/ou ilegais são os mais atingidos (Ibidem).

Fazendo-se uma análise dos últimos dez anos, constata-se que esses desastres, assim como as epidemias, têm um caráter cíclico. Há raízes históricas e sociais profundas que envolvem mais que ciclos de chuvas, envolvem ciclos de pobreza. No caso do Haiti, sim, está em uma zona de terremotos, mas é o país mais pobre das Américas. A história do Haiti inclui o genocídio de populações indígenas e a opressão espanhola. Depois, a escravidão dos negros e, após, o domínio francês, que veio para explorar e deixar o país em condição de mais miséria. Livre da França, sofreu invasões norte-americanas, ingerências, interferências e ditaduras cruéis assolaram o país. Assim, a história de opressão e exploração respondem pela pobreza que responde pelas tragédias atuais.

Seriam, assim, todas as tragédias de fato humanas. Rousseau, Arendt e Günther são citados por Dupuy (2006), que entende que o mal é “nosso”, e este mal transcende-nos. E transcende não só na fabricação de armas mortíferas, mas no orgulho de, com o poder sobre as vidas, definir quem deve viver ou morrer. Tal ideia, bem como a definição de que esse julgamento não é da nossa competência, é uma constatação do físico Robert Oppenheimer, que dirigiu o Projeto Manhattan para o desenvolvimento da bomba atômica na Segunda Guerra Mundial (Ibidem). Quando Oppenheimer afirma, logo após a explosão em Hiroxima e Nagasáki: “Nós, os físicos, conhecemos o pecado” (Dupuy, 2006, p. 1192), ele fala mais do pecado do orgulho de achar que podem decidir sobre vidas.

Assim, não há uma simples exposição a um evento perigoso. Há sim, algo historicamente construído por ações humanas e processos sociais. Algo que nos foge, mas nem por isso nos torna menos parte. Algo que retorna para nós e nos faz vítimas tanto quanto nos faz responsáveis. Sim, há clareza de responsabilidade em um atentado terrorista cuja autoria é sempre nomeada, mas há imprecisão nas mortes, em travessia pelo mar, de milhares de imigrantes fugindo de condições insalubres de vida, tanto quanto com o homicídio de jovens negros no Brasil. Não há uma autoria. Qual o nome dessa guerra? Se conseguimos responder às perguntas, não é tão importante. Importante é perceber o quanto fazemos parte das respostas.

E, agora, retorno à ideia da *Parabolicamará* e aos tempos de contrastes. Contraste entre o que é a força das águas, o noticiário dos jornais e o silêncio da sociedade diante de tragédias cotidianas. A história desconhecida de Chico. A seguir, um pouco do contexto que vi e vivi e que faz parte do mundo de Chico. Um mundo que não se traduz por uma cheia, um excesso de chuvas e de águas, mas por muitas ausências.

Palmares

A bacia do rio Mundaú banha vinte e um municípios cuja economia é formada basicamente pela agroindústria canavieira, pecuária semi-intensiva, pesca, agricultura, indústria e turismo. Boa parte dessas atividades é de subsistência. Relatos iniciais dos moradores da região indicam que a cheia de 2010 foi a maior da história dessas cidades. Em junho de 2010, havia 26.618 desabrigados e 47.897 desalojados (Fragoso et al., 2010). Foram notificadas vinte e seis mortes e vinte e dois desaparecidos. Branquinha, Santana do Mundaú, União dos Palmares e Quebrangulo foram as mais atingidas (Ibidem). Em Branquinha, oitenta por cento das casas foram destruídas (Ibidem).

Vale lembrar que Alagoas é um estado nordestino, caracterizado pelo latifúndio e pela monocultura, com grande concentração de renda, grandes iniquidades e abandonos crônicos pelo poder público. Vale ainda ressaltar a importância histórica da região que foi palco de uma das experiências mais libertadoras e heroicas do nosso vergonhoso passado de escravidão. É a região onde se desenvolveu o Quilombo dos Palmares sob liderança de Zumbi. Até hoje, há inúmeras comunidades quilombolas que vivem da pequena agricultura e do artesanato com cerâmica. Essas comunidades também foram atingidas pelas cheias de 2010. Atuei em várias cidades, mas, por uma opção estética, chamarei a região de Palmares, sem particularizar essa ou aquela cidade.

Após a cheia em si, a instituição em que atuo enviou profissionais de saúde para auxiliar as comunidades. Eu compus o grupo que chegou à região após quinze dias do evento, em um período em que várias missões já tinham se retirado — após a situação mais aguda. No entanto, esse é o período em que ocorre a exacerbação de doenças infectocontagiosas, somadas, ainda, às questões de saúde mental, ligadas às perdas e ao *stress* pós-traumático.

Havia um Hospital de Campanha (Hcamp) bem equipado que contava com medicamentos, bem como ambulâncias e profissionais de saúde vinte e quatro horas. Assim, a estrutura do Hcamp parecia adequada para atender, em local seguro e com boas condições, os usuários que necessitassem. De fato, apresentava aparelhagem a que poucos já tiveram acesso na região, bem como presença constante de profissionais de saúde, algo também difícil em regiões muito pobres. Não à toa, havia grande aparato midiático em torno do Hcamp. Era no Hcamp que Chico atuava, com pequenos serviços, inclusive de vigilância. Foi lá que nos conhecemos e foi lá que me contou sua história.

Enquanto isso, abrigos eram improvisados em escolas e ginásios, muitas vezes distantes do Hcamp, e havia dificuldade de transporte. As diretoras de escolas, muito especialmente, faziam um trabalho de organização dos abrigos nessas instituições. Pelo

número excessivo de pessoas, os ginásios onde funcionavam abrigos eram organizados pelo exército. Havia um contingente maior de pessoal em momentos específicos de provável conflito como, por exemplo, a distribuição de donativos e a hora da alimentação. Nos ginásios, o número elevado de pessoas impossibilitava a organização adequada e o espaço se tornava até mesmo assustador, especialmente à noite. O tempo prolongado de permanência nos abrigos trazia situações de desorganização social e violência.

Os abrigos eram o cenário da degradação humana, especialmente os ginásios. As escolas ainda mantinham uma certa organização. Havia poucos banheiros (cerca de um para cada cento cinquenta pessoas em alguns ginásios) e todos em péssimas condições de conservação e higiene. Havia aglomeração (chegamos a contar cinquenta e sete pessoas dormindo em uma sala de aula), presença de animais, esgoto a céu aberto, acúmulo de água e pouca ventilação, o que facilitava a proliferação de doenças. Sob essas condições, muitos atingidos preferiram ficar em suas casas semi-destruídas e sem luz, ou mesmo construírem barracas com material alternativo (plástico, papelão, lata, etc.). Os que tinham familiares não atingidos, foram acolhidos e muitas casas estavam superlotadas.

Nos abrigos, havia a distribuição de cestas básicas, colchões, roupas e, ainda, o cadastramento para a construção de novas casas. Logo, pessoas atingidas em outras enchentes, sem teto, pessoas que já viviam em condição de miséria também eram atraídas para os abrigos, na esperança de saciar a fome e, quem sabe, conseguir uma casa. Quem fazia esse cadastro eram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Há relatos de que chegaram a sofrer ameaças de pessoas que não eram atingidas por aquela tragédia especificamente, mas que queriam que seus nomes fossem cadastrados.

Segundo os ACS, muitas vezes os atingidos também forneciam informações enganosas sobre as perdas, na tentativa de conseguir um pouco mais. Tais pessoas eram vistas como enganadoras e “dificultadoras” do processo. Em função disso, algumas

atitudes controversas eram tomadas por “organizadores” como, por exemplo, o “acionamento” de cestas básicas para que também não houvesse “aproveitamento indevido”, “desvio” e até comércio. Comércio que virou lucrativo, pois, com a enchente, houve a perda de culturas e a escassez de hortifrutigranjeiros, o que fez que os produtos ficassem mais caros.

Algumas empresas visitavam os abrigos, especialmente os de mais fácil acesso. Forneciam donativos (quase sempre acompanhadas de fotos e filmagens) de forma desorganizada, fornecendo até mesmo insumos em excesso ou desnecessários para uma região/local, enquanto havia ausência em outros. Não era mesmo incomum a venda desses donativos para se obter outros produtos. A desorganização atingia mesmo os profissionais de saúde e redes. As pastorais e a nutricionista de um município, àquela altura, ainda não tinham visitado os abrigos para avaliar as condições nutricionais das crianças. Médicos locais, de forma esquizofrênica, atendiam nos abrigos somente pacientes que faziam parte do território em que atuavam, excluindo outros.

Uma parte significativa das pessoas era beneficiária do Programa Bolsa Família — programa federal destinado às famílias em situação de pobreza extrema — que tem, como uma das condicionalidades, a frequência escolar. No entanto, com todas as escolas transformadas em abrigos, ocupadas pelas famílias atingidas, as aulas foram suspensas. Apesar de haver justificativa relevante para a ausência das aulas, as organizadoras diziam que já não era mais possível sustentar aquela situação e, possivelmente, para retornarem às atividades, transfeririam as famílias das escolas para os ginásios. Os ginásios, que já tinham uma condição de insalubridade e superlotação mais grave que as escolas, corriam o risco de se tornarem ainda pior com mais famílias ocupando os espaços.

Algumas poucas famílias foram beneficiadas com o aluguel social — benefício municipal para situações de catástrofes com perda do domicílio. Como em algumas cidades a destruição foi imensa e, portanto, havia uma redução de moradias viáveis, os

proprietários supervalorizavam os aluguéis na tentativa de obterem ganhos. Barracas foram doadas pela Alemanha e, logo que houve uma certa estabilização das famílias, essas foram vendidas para outras famílias desalojadas, o que causou revolta de alguns moradores, dizendo que essas famílias estavam se aproveitando de benefícios. De fato, como já foi mencionado, havia muitos desalojados de outras tragédias e a questão do direito à moradia naquela região é um problema crônico, tanto quanto as cheias.

Ensaio sobre Palmares

Durante o período de atuação nesses municípios, para mim, a complexidade e a grande tragédia já se instalavam desde muito tempo para aquelas pessoas. Conheci os atingidos da cheia de 1989 ocupando um antigo presídio abandonado. As famílias faziam das celas seus lares, quase todos sem banheiro. São exemplos de que a tragédia se produz e se reproduz em atos e omissões humanas. Nesse sentido, Saramago lembra dos atos aparentemente pequenos que ganham imortalidade em consequências:

[. . .] se antes de cada acto nosso nos puséssemos a prever todas as consequências dele, a pensar nelas a sério, primeiro as imediatas, depois as prováveis, depois as possíveis, depois as imagináveis, não chegaríamos sequer a mover-nos de onde o primeiro pensamento nos tivesse feito parar. Os bons e os maus resultados dos nossos ditos e obras vão-se distribuindo, supõe-se que de uma forma bastante uniforme e equilibrada, por todos os dias do futuro, incluindo aqueles, infundáveis, em que já cá não estaremos para poder comprová-lo, para congratular-nos ou pedir perdão, aliás, há quem diga que isso é que é a imortalidade de que tanto se fala (Saramago, 1995, p. 84).

Assim, há uma cadeia de acontecimentos perversos na tragédia, tal qual houve no romance. O aumento dos preços dos imóveis e comércio local, a desorganização da gestão, o despreparo dos profissionais de saúde, a fragilidade das redes, a vulnerabilidade dos territórios e comunidades, a culpabilização dos atingidos, o foco de ações em atividades macro (Hcamp) em detrimento da invisibilidade dos abrigos sem estrutura, a reincidência de doenças infecciosas e, ainda, os atingidos de tantas outras tragédias, de tantos outros tempos.

Assim, voltamos aos nossos atos. Ações humanas que, muitas vezes, permanecem sem a crítica e a ética necessárias: “O certo e o errado são apenas modos diferentes de entender a nossa relação com os outros, não a que temos com nós próprios, nessa não há que fiar” (Saramago, 1995, p. 262). Não há que confiar em nós mesmos, afirma o escritor que admite a situação, a ocasião, como influência parte dessas escolhas. Sempre serão, mas elas parecem justificar distorções: “Os cépticos acerca da natureza humana, que são muitos e teimosos, vêm sustentando que se é certo que a ocasião nem sempre faz o ladrão, também é certo que o ajuda muito” (Saramago, 1995, p. 25). Se o certo e o errado dependem da ocasião, em uma situação de caos, então tudo pode acontecer: Nunca se pode saber de antemão de que são capazes as pessoas, é preciso esperar, dar tempo ao tempo, o tempo é que manda, o tempo é o parceiro que está a jogar do outro lado da mesa, e tem na mão todas as cartas do baralho, a nós compete-nos inventar os encartes com a vida, a nossa (Saramago, 1995, pp. 302-3).

O tempo diz das ações e reações. Dos fatos que se sucedem e criam outras realidades. Realidades construídas a partir dessas éticas nascidas do caos. Assim, há diferenças, no romance, entre o homem cego que violenta e mata e o que mata para poder escapar

da violência. Em Palmares, há diferença entre o comerciante que aumenta os preços dos alimentos e dos aluguéis e o desabrigado que inventa ter perdido mais do que perdeu para conseguir um pouco mais. O mesmo desabrigado que vende um colchão doado porque precisa é de fraldas para os filhos. Ou, ainda, a família sem teto que vai ao abrigo tentar um cadastro para conseguir casa e ameaça o ACS. Ou seja: “Sempre chega uma altura em que não há outro remédio que arriscar” (Saramago, 1995, p. 17). Porque não se trata somente de uma ética de caos, mas, sobretudo, uma ética da carência e do desespero que não pode ser comparada à ética do poder e do lucro a qualquer custo.

Sobre esse desespero de caos, a passagem a seguir diz muito do momento em que quase tudo se perde: Proclamava-se ali o fim do mundo, a salvação penitencial, a visão do sétimo dia, o advento do anjo, a colisão cósmica, a extinção do sol, o espírito da tribo, a seiva da mandrágora, o unguento do tigre, a virtude do signo, a disciplina do vento, o perfume da lua, a reivindicação da treva, o poder do esconjuro, a marca do calcanhar, a crucificação da rosa, a pureza da linfa, o sangue do gato preto, a dormência da sombra, a revolta das marés, a lógica da antropofagia, a castração sem dor, a tatuagem divina, a cegueira voluntária, o pensamento conve-xo, o côncavo, o plano, o vertical, o inclinado, o concentrado, o disperso, o fugido, a ablação das cordas vocais, a morte da palavra (Saramago, 1995, p. 284).

E essa perda de que fala Saramago não é pela cegueira do romance, assim como para os haitianos, não é pelo terremoto. Tampouco, para os desabrigados de Palmares, essa perda e esse caos não são pelas cheias. O desastre maior e mais longo vem do abandono, da violência e da negligência que submete as pessoas às condições desumanas descritas, por exemplo, nos abrigos em ginásios de Palmares. As diferentes estratégias são jeitos desespe-

rados de fugir dessa condição: “Se não formos capazes de viver inteiramente como pessoas, ao menos façamos tudo para não viver inteiramente como animais” (Saramago, 1995, p. 119). Entendo, então, essa ética como uma tentativa de fugir da barbárie. Um sofrimento que é também descrito enquanto força, mas força que tem limite:

[. . .] às vezes são os nervos que não podem aguentar mais, suportam muito, suportaram tudo, era como se levassem uma armadura, diz-se. São momentos que não podem durar sob a chuva que cai. São momentos que não podem durar eternamente, há mais de uma hora que estas mulheres aqui estão, é tempo de sentirem frio (Saramago, 1995, p. 267).

A todo momento, vi armaduras e essas mulheres na chuva, que não sei como não sentiam frio. Metáforas. Lágrimas que caem. As lágrimas de Chico, quando contou sua história e, em momento raro, tirou a armadura e chorou. O choro que é salvação: “Todos temos os nossos momentos de fraqueza, ainda o que nos vale é sermos capazes de chorar, o choro muitas vezes é uma salvação, há ocasiões em que morreríamos se não chorássemos” (Saramago, 1995, p. 101). É o choro de Chico, eu tive a honra de ser testemunha assim como, na despedida, percebi que ele seguiria vivendo com a mesma dignidade, a mesma integridade com que me contou dos planos de pagar suas dívidas.

Aprendi com Chico que, assim como há desastres cotidianos silenciosos, também há milagres e heroísmos cotidianos silenciosos. Em desespero, uma pessoa atingida pela cegueira branca do romance afirma: “O único milagre que podemos fazer será o de continuar a viver, disse a mulher, amparar a fragilidade da vida um dia após outro dia” (Saramago, 1995, p. 283). É continuar a viver é um grande milagre. Para a tragédia do dia comum, tanto quanto para o milagre de todos os dias, muitas vezes, estamos cegos. No entanto, como profissionais de saúde, precisamos encontrá-los, percebê-los

para que também nós, deixemos de ser cegos, possamos viver em meio ao caos, mas com esperança, afinal, tal qual a frase posta em epitáfio: “A cegueira também é isto, viver num mundo onde se tenha acabado a esperança” (Saramago, 1995, p. 204).

Finalizando e perguntando

O quanto silenciámos? O quanto banalizámos? Foram as questões trazidas no início. Também retornamos com a *Parabolicamará*, aos contrastes de tempos, tecnologias e possibilidades anunciados no início, reconhecendo a diferença que está tanto na tecnologia quanto no acesso a essa tecnologia, que encurta tempos. Há contrastes no acesso à produção e distribuição do conhecimento. Algo que aparece na canção, no momento da tragédia, quando Chico Ferreira e Bento, sujeitos do mundo, da vida, só souberam na hora em que o destino apresentou. E não está claro se o destino apresentou a tragédia como surpresa ou o destino é tão somente essa trajetória de pequenas grandes desgraças de tempos atuais e antigos.

A desgraça histórica de homens brancos buscando fortuna em minas, índios, colonos, negros cativos em trabalho árduo. O trabalho nas minas foi considerado o mais penoso, cruel e pesado desempenhado pelos escravos no Brasil. Risco de morrer pela desnutrição, pelas doenças, pelo tempo na água, no interior das cavernas. Risco de morrer por soterramento. Em 2015, Bento Rodrigues, distrito da cidade mineira histórica de Mariana, conhecida pelas riquezas minerais é o palco da maior catástrofe ambiental mundial ligada a barragens. O que existia antes e o que existe depois da lama tóxica é pouco conhecido. Compreendida como tragédia humana, poderes econômicos e políticos interferem no julgamento, punição e mesmo nas medidas de reconstrução. Quantos Chicos existem em Mariana? Quantas escravidões existem ainda em Palmares e Mariana?

Mas não é preciso estar em Palmares ou em Mariana de ontem e hoje para abrir os olhos. Quantos Chicos entram pelas

portas dos consultórios pedindo ajuda. Eles podem ter uma dor física somente, mas vão querer falar da dor da alma no meio de alguma palavra mágica, talvez imperceptível, na pressa, no excesso de demandas. Eles podem forjar uma dor física, tal qual o sem teto se faz passar de desabrigado da última cheia, para obter um atestado, para descansar do mundo e da humilhação dos patrões. Estratégias facilmente julgadas e condenadas, como condenados foram os que venderam donativos. Cegueiras. Assim, é preciso ter um olhar e uma escuta muito afiada e afinada com a realidade em que o sujeito vive. Uma realidade de negligências, iniquidades e silêncios perante injustiças.

Em relação às injustiças sociais, há estratégias macro de enfrentamento que precisam ser vistas com cautela. Empoderar para a percepção de uma ameaça natural, como fazem muitos projetos, somente, pode não ser o suficiente (Crid, 2009). Também pode não ser suficiente abordar as desigualdades a partir de programas sociais (Mayer, 1997, apud Dubet, 2014). A sensibilização e percepção dos riscos fortalece os enfrentamentos. No entanto, a percepção das iniquidades pode ser mais relevante na luta por melhores condições de vida. Da mesma forma com os programas sociais que não necessariamente fortalecem lutas sociais.

Para ter uma comunidade e um mundo mais seguro, é preciso construir uma comunidade e um mundo menos desigual. Os processos que combinem proteção do meio ambiente, construção de redes, mobilização social e a redução das iniquidades seriam fundamentais. Utopias distantes que não impedem que, minimamente, se possa reduzir danos. Assim, é essencial combater a discriminação que se assenta sobre estereótipos negativos (Ibidem) que costumam culpabilizar a vítima. É importante questionar o “natural”, o destino, na tentativa de construir a possibilidade de assumir as rédeas da própria vida. Também é preciso estar atento a discursos que defendem a prevenção, a educação e o incentivo à Atenção Primária à Saúde sob paradigmas paternalistas e instrumentais, que podem não modificar realidades.

Políticas públicas devem garantir Educação e direitos sociais para a formação de uma cultura contra os desastres e para uma percepção dos eventos como construções sociais, humanas. Pesquisas devem ter uma aplicação prática e ética dos conhecimentos que precisam ser contextualizados, “tanto pelos meios como pelos fins, daí decorrendo dever o cientista falar como cientista e cidadão, simultaneamente, no mesmo discurso” (Ferreira, Calvoso & Gonzales, 2002, p. 248). Nesse sentido, o critério fundamental para se validar o conhecimento, em uma visão mais pragmática, passa a contemplar o quanto o conhecimento desenvolvido pode trazer “uma maior compreensão e benefícios para o ser humano, tanto em termos individuais, quanto sociais, portanto sendo privilegiado um critério ético de relevância” (Ferreira, Calvoso & Gonzales, 2002, p. 249).

Dessa forma, estaremos nos esforçando para responder às questões propostas. Estaremos lutando contra a banalização e o silêncio, a invisibilidade de milhões de Chicos que sofrem perante toda uma sociedade de olhos vendados que produz políticas públicas, leis, conhecimento, ciência e a desumanidade das ausências. Ainda, há que se ter a esperança freiriana que acredita no sujeito, na possibilidade de Ser Mais e, assim como males são humanos, os milagres também são. Esses milagres cotidianos também nos passam e perdemos a oportunidade de presenciar, no simples, na palavra singela, na confissão, na lágrima, no cuidado, na despedida, o mundo recomeçando.

E, um dia, há quase sete anos, o mundo de Chico entrou no meu mundo. Permitti. Demorou a ser milagre, porque era só a angústia do ver viver uma vida tão cheia de abandonos. Também cegamos de espanto pelas tristezas que não entendemos, pela beleza que demora a nos tocar e ser presença e presente, honra de partilha. Mas, como disse no início, há lugares onde sempre quero retornar porque as pessoas me marcaram. Porque a dignidade em viver, a simplicidade em ser, a alegria tímida, o sorriso e a generosidade diante de tanta crueldade fazem nascer esperança.

E, em 2014, escrevi sobre Chico pela primeira vez no *blog* Rua Balsa das 10, espaço comum de desabafos e sonhos partilhados, confessados.

Narrei o episódio quando ele era questionado pelas autoridades locais, sobre as coisas que não funcionam no Hcamp e ele respondia: “eu sou só isso” e mostrava o dedo mínimo. E continuava: “e vocês são isso” e mostrava a mão inteira. Para ele, respondi, no texto, algo que, um dia, em reencontro, quero dizer pessoalmente: “Tu és as minhas duas mãos inteiras, postas na escrita da tua história, entregues ao poema da tua vida, ao facho de esperança e ternura que sinto, quando fecho os olhos e lembro tua figura. Não esquece, Chico, és mão inteira. . .”

Referências

- Blog Rua Balsa das 10. Disponível em <<https://balsa10.blogspot.com/2014/03/mao-inteira.html>>. Acesso em 9-1-2017.
- BRAGA, T. M.; OLIVEIRA, E. L. & GIVISIEZ, G. H. N. Avaliação de metodologias de mensuração de risco e vulnerabilidade social a desastres naturais associados à mudança climática. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 20, n.º 1, pp. 81-95, jan.-mar. 2006.
- CRID – Centro Regional de Información Sobre Desastres Para América Latina y el Caribe. *Catálogo de herramientas y recursos de información para el fortalecimiento de capacidades locales de respuesta*. 1.ª ed. San José: Centro Regional de Información sobre Desastres para América Latinaé, 2009.
- DUBET, F. *Repensar la justicia social: contra el mito de la desigualdad de oportunidades*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2014.
- DUPUY, J. P. *Análise Social*, vol. 41, n.º 181, pp. 1181-93, 2006.
- FERREIRA, R. F.; CALVOSO, G. G. & GONZALES, C. B. L. Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 15, n.º 2, pp. 243-50, 2002.
- FRAGOSO, R. et al. Reflexões sobre a cheia de junho de 2010 nas bacias do rio Mundaú e Paraíba. *Relatório Ufal*, 2010.
- GIL, G. *Parabolicamará*. Intérprete: Gilberto Gil. Gilberto Gil Unplugged. [S.L.]: Warner Music. 1 Cd. Faixa 10, 1994.
- LOPES, D. C.; OLIVEIRA, M. O.; MORAES, A. M.; BUENO, W. C.; SOUSA, S. U. & ZENATTI, A. P. A. *Comunicação de riscos e de*

- Desastres. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Ceped UFSC. Cabeça Ao Vento Associação Cultural, Santa Catarina, 2010.*
- BRASIL. Política Nacional de Defesa Civil. *Ministério da Integração Nacional* – Secretaria Nacional de Defesa Civil. Brasília, [2007].
- SARAMAGO, J. *Ensaio sobre a cegueira*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SILVA, B. P. Ciência e vida moderna na dialética musical de Gilberto Gil. *Cadernos do CNLF*, vol. 14, n.º 2, t. 1, pp. 705-40, 2010.

*Gestão Participativa, Controle Social e
Educação Popular em Saúde:
socializando saberes e práticas*

José Ivo dos Santos Pedrosa*

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) se organiza sob diretrizes da descentralização e participação social, tendo em vista os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A partir disso, é preciso que a população se aproprie de tais direitos historicamente conquistados e retome questões que remetam tanto ao processo de organização e proposições construídas no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, quanto às formas por meio das quais tais proposições ganham expressões no cotidiano dos serviços de saúde e na vida destas populações. O objetivo é discutir e socializar saberes e práticas a respeito de gestão participativa, controle social e Educação Popular em Saúde no contexto brasileiro.

Partimos, então, de perguntas básicas como: o que significa gestão participativa e controle social no SUS atualmente? O que a Educação Popular tem a ver com isso? Como Educação Popular e Gestão Participativa e Controle Social se articulam com as Políticas de Saúde? Seguimos em busca de respostas refletindo sobre o instituído, ou seja, o quê, como e quanto da luta pelo direito à saúde. Considera-se, ao mesmo tempo, a dimensão instituinte,

* Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Comunitária da UFPI.

isto é, as possibilidades de superar as situações-limite e construir o inédito, viável por meio da práxis da Educação Popular e Saúde.

Mas a socialização desses saberes e práticas a respeito de situações que ainda se encontram em construção em nossa realidade, somente é possível acontecer na relação que se estabelece entre sujeitos sociais. Tais situações são: gestão democrática da “coisa pública”; participação da população como sociedade civil nas esferas de decisão e deliberação; Educação Popular em Saúde como base do processo de construção da vontade coletiva de transformação — estas somente são possíveis de acontecer na relação que se estabelece entre sujeitos sociais. Estes por sua vez vão se constituindo na perspectiva crítica que emerge da aparente realidade e na construção de projetos de emancipação social e política.

Do encontro entre a perspectiva crítica da realidade e a vontade de transformar a si mesmo e a realidade, da criatividade, força e energia que existe na potência de cada ser humano, é que se produz as condições para este diálogo. A criatividade, a força e a energia que existe na potência de cada ser humano são as forças ignitoras diante deste cenário.

As condições para o diálogo entre as situações-limite e a possibilidade do inédito viável

Para socializar saberes é necessário assumir que existem modos plurais de ver e compreender o mundo, em outras palavras, colocar em diálogo temas polissêmicos, isto é, temas cujo significado depende do contexto do qual emergem e da postura ideológica do debatedor (Ridde, 2007) que se põe na roda na condição de sujeito que interroga sobre a possibilidade de o mundo ser pensado de maneira diferente e de ser construtor de um outro mundo possível.

L'Abbate (1994) diz que “o indivíduo para se constituir em *sujeito* deve caminhar em busca de sua autonomia, sempre aberto ao novo e disposto a correr risco, com a percepção de seu papel

pessoal/profissional/social diante dos desafios cotidianos, engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor”.

Nesse sentido, estarmos aberto ao novo é aceitarmos uma definição de saúde, a qual seja mais que uma definição de não estar doente, de não portar incapacidades e deficiências e nos aproximarmos da concepção de qualidade de vida. Uma concepção de saúde que seja resultado da construção do projeto de vida com saúde para cada um e de cada uma, consigo mesmo, com suas famílias e em suas comunidades.

Historicamente, o significado de saúde tem mudado em cada época, com cada visão de mundo. A saúde e a doença já foram naturais na vida das pessoas, pois éramos consideramos seres da Natureza pelos antigos gregos; na Idade Média, doença era sinônimo de pecado, de purgação, saúde era sinônimo de mortificação, pois as delícias seriam vivenciadas em outro plano; na Idade Moderna, a doença passa a ser compreendida em duas vertentes. Uma, diluída sob a responsabilidade da sociedade e a outra, localizada em vários agentes, como micro-organismos, nas células e atualmente nos genes e cromossomas.

Ao mesmo tempo que vivemos “a época das luzes” da Ciência e Tecnologia, também vivenciamos uma crise na crença nos paradigmas e explicações estabelecidas que abrem brechas na visão de mundo dominante e nos permitem pensar por outros caminhos e ver que qualidade de vida supera a existência de doença e suas manifestações.

Observamos a distância que existe entre a intensa produção científica existente a respeito das doenças e a inclusão dos resultados dessa produção nas políticas públicas e nos serviços de saúde (Guimarães, 2010). Concomitante há um repertório de práticas disponíveis que instituem uma normatividade subordinada à doença, reduzindo o modo de andar a vida dos sujeitos a comportamentos regulados e impostos pela doença.

Nesta perspectiva, viver com saúde é ter condições para enfrentar os determinantes sociais da saúde em seus vários níveis de

determinação (Whitehead & Dahlgreen, 2000). Em uma primeira instância, inclui-se a eliminação da pobreza; o reconhecimento dos direitos econômicos e sociais da população; a justiça social e o suporte ambiental, ou seja, o enfrentamento das iniquidades resultantes da transformação das diferenças em desigualdades.

Ser diferente não é o problema! O problema surge quando a diferença é vista pelo olhar da desigualdade, gerando a iniquidade em saúde que, na verdade, são desigualdades sistemáticas, potencialmente reversíveis em um ou mais aspectos de saúde entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente (Macinki & Starfield, 2002).

Estar aberto para compreender que saúde é um processo de produção social, no qual participam os indivíduos, suas organizações, suas instituições e o modo como a sociedade se organiza, é entender a possibilidade de protagonizar nossa participação nessa produção, em ato, expressar nossas ações na interação de três mundos que se fazem presentes como referência para todos nós. O mundo epistêmico, do saber intelectual, da academia, da ciência; o mundo das organizações e instituições que nos acompanham desde a família, trabalho, escola; o mundo da vida, das emoções, das paixões, espaço onde se resguardam as emoções humanas, que nos colocam diante dos outros como seres humanos.

É no processo de constituição de sujeitos que as ações educativas recuperam os fragmentos desses mundos; são nas rodas de conversa que começam a circular informações produzidas no mundo epistêmico, mas expressas pelas emoções do mundo vivido. Nestas rodas de conversa, se constrói um saber compartilhado, em que as informações da genética, da noção de probabilidade, de risco, as estratégias de enfrentamento das doenças são significadas e reconstituídas a partir do mundo em que as pessoas vivem, dialogando com as possibilidades do mundo institucional.

É também na construção deste conhecimento compartilhado que emerge um novo modo de entender as relações entre saúde, doença e cuidado. Compreende-se o sentido ampliado de saúde

e percebe-se a necessidade de fazer mais. Na conversa entre esses mundos, o diálogo que se estabelece vai apontando o caminho a seguir, ou seja, a produção intelectual dos laboratórios de pesquisa somente ganha significado na vida das pessoas — sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos — quando fazem sentido, primeiramente, para si.

Nesta hora, é urgente o diálogo interdisciplinar e multirreferencial (Ardoino, 1998) que a educação como prática pedagógica consegue deslanchar. É momento de dialogar com a arte e refletir sobre as linguagens; chamar as Ciências Sociais e questionar os direitos, as institucionalidades e os movimentos da sociedade.

Nesse movimento, reconstruímos a saúde como elemento importante em nosso projeto de vida, que inclui respeito, dignidade, inclusão, prazer e tudo mais que cada ser humano aponta em seu projeto de felicidade.

A construção deste projeto de vida tem início quando começamos a nos conscientizar sobre nosso lugar no mundo e questionar por que as desigualdades, o sofrimento e a miséria parecem ser coisas naturais; começamos a questionar: por que é assim? Poderia ser diferente? Para Paulo Freire (1978), tais interrogações significam o início da aventura de tornar-se sujeito, que é antecedido pela vontade. Vontade essa motivada pela curiosidade crítica, pelo inconformismo, pelas dúvidas, por simplesmente querer, pela disposição para aventurar-se a ser autônomo em busca da emancipação.

Autonomia que significa o processo de decisão e humanização que vamos construindo, historicamente, a partir de várias e inúmeras decisões que temos de tomar ao longo de nossa existência. A autonomia se constrói, primeiro, na experiência primeiro para decidir depois — ninguém é autônomo.

A luta pela transformação acontece em diferentes lugares e momentos; “[. . .] em casa, nas relações pais, mães, filhos, filhas. . . Na escola. . . Nas relações de trabalho [. . .]” (Freire, 2000, p. 55). Ante a intencionalidade política declarada e assumida por

todos os comprometidos com a transformação das condições e das situações de vida e existência dos oprimidos, surge a emancipação.

A Gestão Participativa e Participação Social como cenários do diálogo para a permanente constituição dos sujeitos

As políticas públicas representam mecanismos que guardam as possibilidades de transformação dos direitos sociais e de saúde em ações concretas perceptíveis no cotidiano da vida dos cidadãos. É a partir dessa compreensão que apreendemos o significado de participação social e gestão participativa no SUS.

Os governos apresentam determinados níveis de institucionalidade jurídica, política, organizacional e financeira que por sua vez operacionalizam as ações nos serviços. Relacionado a isto há uma construção coletiva dos movimentos e grupos sociais em direção a viver a vida com mais qualidade, nos planos, projetos e programas dos governos. Acaba que a participação social na definição dessas políticas possibilita a transformação dos desejos, vontades e reivindicações que existem no âmbito dessa dimensão instituinte.

O reconhecimento da saúde, como direito explícito na Constituição Federal, e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas Federais n.º 8.080/90 e 8.142/90, representam a base legal para a consolidação de mecanismos de controle social da política de saúde, a exemplo das Conferências e dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, todos deliberativos, em cada nível de governo.

Nesse contexto, a participação da sociedade mostra-se como possibilidade para democratização do Estado brasileiro, considerando que, na dinâmica da participação, constrói-se a consciência cidadã, entendida como reconhecimento do direito individual intrinsecamente relacionado ao interesse da coletividade. Segundo

Berlinguer (1983), a consciência sanitária articula e integra a ação individual e coletiva no sentido de alcançar a saúde.

Dados de 2007 apontam que todos os 5.564 municípios e as vinte e sete Unidades da Federação tinham Conselhos de Saúde reunindo 72.184 conselheiros titulares; metade representando vinte e sete mil entidades de usuários que podem ser agrupadas em entidades religiosas, comunitárias e portadores de patologias. O número de conselheiros ultrapassa, em número, a quantidade de vereadores no Brasil, algo em torno de cinquenta mil (Escorel, 2008).

Apesar dessa capilaridade é possível apontar algumas questões que caracterizam, atualmente, de maneira geral, os conselhos de saúde no Brasil. São elas:

1. São paritários, deliberativos, compostos por representantes dos segmentos sociais que atuam no campo da saúde, institucionalizados por Lei e atuam na deliberação e fiscalização da política de saúde. Entretanto, a configuração atual dos Conselhos de Saúde mantém um distanciamento do ideário simbólico construído e projetado no âmbito da luta política das décadas de 60 e 70; imagem que nos acompanhou até o início da década de 90, quando há institucionalização pelo Poder Executivo;
2. Passaram a ser temas de estudos e pesquisas que refletem sobre a distância e a relação entre a função política e a função fiscalizatória, identificando a existência de zonas de nebulosidade sobre o papel e a relação entre controle social e controle público;
3. Os conselheiros têm reivindicado cursos de capacitação desde a IX Conferência Nacional de Saúde que demarca um redirecionamento de sua atuação e provoca ruídos na atuação técnica e política do conselho nos momentos de análise e decisão;
4. Atualmente, apesar de existirem em cem por cento dos municípios brasileiros, os conselhos são invisíveis para a

população, assumindo uma forma reducionista de um “coletivo social normatizado” cuja representatividade é questionada por gestores, trabalhadores, usuários, que seriam os representados;

5. No âmbito operacional, os conselhos carecem de infraestrutura física, de informação/comunicação, apoio logístico diante de amplitude de suas atribuições e competências definidas na Resolução 333/2003;

6. O exercício da democracia interna também é questionado observando-se a reprodução no agir dos conselheiros de procedimentos característicos da democracia procedimental, como a decisão pela maioria simples, a não problematização e argumentação dos temas, a inexistência da produção de consensos qualificados e principalmente sua ineficácia deliberativa.

Apesar disso, os conselhos são considerados espaços dos quais nos orgulhamos, assim como podemos considerar avanços na democracia brasileira. Um dos exemplos é a consolidação do voto e do parlamento (reconhecidas como legítimas e necessárias) e de novas instituições não limitadas à democracia representativa, instituições que passam a discutir a própria política pública.

Os Conselhos, em alguns casos, têm tomado posições de *advocacy*, afirmando os princípios do SUS e deliberando sobre políticas de promoção da equidade em saúde (com relação a população negra, LGBT — Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, do campo e da floresta, transeuntes de rua, ciganos) que, se não fosse o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde, não teriam sido deliberadas, pelo menos, no mérito. Entretanto, a situação de não institucionalização dessas políticas na dinâmica e organização do SUS aponta para a fragilidade dos Conselhos nos momentos de implementação da política.

O que parece estar acontecendo é que a institucionalização do direito à saúde tem sobrevalorizado os aspectos formais necessários na implantação de políticas democráticas em geral. Aspectos

tos importantes, porque asseguram os espaços e as regras da participação da comunidade na definição desse direito. Entretanto, não devem obscurecer a relação que existe entre a institucionalização do direito à saúde e os movimentos sociais para construção da cidadania, onde viver como cidadão implica estar exercendo o direito à saúde. A realidade orienta os direitos a serem instituídos.

Nesse contexto, parece, à primeira vista, que participar dos Conselhos de Saúde significa transitar em um campo de poder e em fazer parte de um Grupo Sujeitado.

Campo de poder em decorrência da concepção de que os Conselhos são espaços de disputa dos interesses dos atores ali representados e que, de modo geral, os recursos de poder colocados em cena caracterizam seus representantes. Assim os representantes da gestão (os gestores públicos) comparecem com o poder emanado das regras, da burocracia e dos insumos, enquanto os representantes dos trabalhadores de saúde contam com os recursos de poder da informação e do conhecimento. Os prestadores privados manipulam o recurso de poder, dinheiro, quanto aos usuários cabe comparecer com recursos de poder simbólico dado pelas necessidades apresentadas.

Como campo de disputa o objetivo é a apropriação do poder político que decorre da aceitação dos interesses privados de determinado grupo como se fossem próprios e inerentes à toda sociedade.

O Conselho de Saúde como Grupo Sujeitado depende da relação que se estabelece entre gestores e conselheiros. Em uma primeira situação, o Conselho se coloca diametralmente em oposição à qualquer proposição emanada do gestor e atribui a si mesmo a fiscalização das contas públicas como objetivo maior. Em outra situação, o Conselho referenda qualquer proposição apresentada pela gestão. Nas duas situações o Conselho se distancia das suas atribuições políticas e de sua atuação na formulação de políticas coerentes com as necessidades apresentadas pela sociedade.

É imprescindível a participação de atores como conselheiros de saúde que se qualificam para exercer este papel no debate e na negociação entre os diferentes interesses que permeiam o setor

saúde; qualificam-se, também, na maneira de organizar o sistema e no acompanhamento da política formulada. Há necessidade de identificar os espaços singulares onde se desenvolve a clínica e onde se tomam decisões sobre o cuidado, como fundamentais para ampliar o protagonismo da população e construir modos democráticos e culturas ampliadas de gestão participativa.

Fortalecer a gestão participativa e a apropriação do direito à saúde torna-se desafio constante, pois a ampliação do controle da sociedade sobre o Estado depende, em última instância, da participação da sociedade em direção à definição e realização dos direitos à cidadania. Depende, em boa medida, da cultura de participação que se cria tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais que ocorrem na internalidade do sistema de saúde.

Ao considerar a gestão participativa como ampliação da democracia por meio da existência de espaços de interlocução entre a gestão do SUS e os movimentos sociais, surge a possibilidade de ampliar tais espaços e transformá-los em espaços de formulação, deliberação e controle das políticas públicas.

A ampliação e fortalecimento da esfera pública política — que se diferencia do Estado e do Mercado — pressupõe que a sociedade civil possa elaborar projetos coletivos reconhecidos e acolhidos pelo Estado, mas, principalmente, projetos legítimos do ponto de vista da própria sociedade (Coelho & Nobre, 2004). Essa concepção compreende a radicalização democrática dos processos organizacionais e normativos, problematizando o grau e a natureza da participação social e os processos participativos que legitimam, diante de toda a sociedade, os interesses dos movimentos e dos grupos sociais.

A gestão participativa implica, ao mesmo tempo, o aprofundamento de processos e mecanismos que ampliem a participação social nas políticas públicas e na constituição de espaços onde diferenças são explicitadas, debatidas e negociadas. Tudo isso seguindo uma linha da construção de proposições coletivas que incluam as demandas da sociedade e arranjos institucionais buro-

cráticos necessários para operacionalizar as respostas.

Esse arranjo exige, por sua vez, processos compartilhados de formulação de políticas que minimizem a captura e tradução dos desejos e necessidades da sociedade civil pelos recursos de poder técnico e burocrático apresentados pelo Governo: processos que transformem as subjetividades (recursos de poder simbólico) apresentadas pelos movimentos em potência para exercer o protagonismo.

Do ponto de vista dos movimentos, esta relação não se encontra dada de antemão. É necessário, para sua construção, superar limites que se encontram na profissionalização excessiva das entidades e movimentos. Isso tem gerado a reprodução de formas tradicionais nos modos de organização dos coletivos (hierarquia, burocracia, diferenças entre os que pensam e os que fazem, etc.) na dependência de recursos externos que levam à descontinuidade das ações que geram crises de não sustentabilidade, sempre na existência de lideranças que se consideram “donos” dos movimentos, na correlação de forças desiguais que guarda em si o risco de cooptação, na fragmentação e dificuldade do trabalho conjunto, como também na não responsabilidade do Estado de enfrentar determinados problemas.

Além disso, a gestão participativa pressupõe a constituição de sujeitos sociais com capacidade de análise e intervenção como estratégia para a democracia institucional. Precisa-se de organizações e institucionais do setor saúde consideradas espaços de poder compartilhado por meio do acesso às informações, da participação nas discussões e na tomada de decisões

A Educação Popular em Saúde e a constituição de sujeitos na gestão participativa e participação social no SUS

De que educação em saúde estamos falando? Certamente não é uma educação que parece “instrumentalizar”, ou seja, uma reiteração dos discursos normativos prescritivos constantemente ditados

no campo da saúde. Certamente não é de uma educação em saúde que se preocupa em animar as pessoas para melhor receberem as informações com respostas mais apropriadas.

Existem, atualmente, várias educações em saúde, sendo elas: para o aleitamento materno, para prevenir as DSTs, para melhor desenvolver atividades físicas e, até mesmo, para enfrentar a morte e as perdas que a vida contempla. Então, se existem tantas educações em saúde, será que existe uma educação toda inclusiva, maior? Uma educação que exista previamente à nossa compartimentalização por gênero, faixa etária, raça, grau de cidadania, por setor de atendimento médico hospitalar, por região anatômica e seus órgãos, enfim, uma educação que esteja presente em todos os atos das pessoas e que ajudasse a perceber qual ação educativa nos é mais próxima e necessária.

Uma educação que não tivesse relação nem com a doença e nem com a saúde do modo como conhecemos (saúde como consumo de serviços e medicamentos), mas que fizesse parte do jeito humano de viver. Uma educação que tenha como princípio a potência de **ser humano** e cuja missão é a transformação dessa potência imanente ao ser humano na força constituinte de sujeitos sociais ativos e participantes.

É na busca dessa educação que é possível pensar em uma relação pedagógica com as pessoas, quando nos referimos às ações educativas para enfrentar os problemas de doença ou de risco de adoecer. Pois tudo o que fazemos é conformar o modo de viver das pessoas ao modo soberano e imperativo da doença se manifestar ou ameaçar.

Será possível pensar numa educação em saúde sem colocarmos o advérbio de lugar “para a doença tal”? Será possível pensar em uma educação em saúde que, antes de preparar as pessoas para enfrentar as várias armadilhas da doença, constituísse sujeitos para produzir saúde e fortalecer a vida? Uma educação em saúde que seja qualificada pelo sentido e significado que traz para aqueles que se envolvem nessa relação, uma educação libertadora e emancipadora.

É essa caminhada que trilhou Paulo Freire e que, hoje, tantos de nós percorremos: uma educação que humaniza, que liberta e que se torna emancipadora. Palavras que apresentam profundo sentido filosófico quando ecoam no mundo real, mas, às vezes, soam como belas palavras sem sentido nos fazendo conviver com elas como mero discurso.

Uma educação que humanize o ser humano pode parecer estranho. Vivemos num mundo em que somos constantemente e ferozmente capturados pelos agenciamentos que nos transformam cada dia mais em setor, segmento, classe social, gênero, faixa etária, em máquinas.

Homens e mulheres, máquinas que repetem não somente os gestos, o modo de vestir, de falar, mas também os sentimentos que a mídia, por exemplo, faz suscitar em nós. A cada dia somos invadidos por processos constantes de produção de subjetividade que não nos são próprios mas construídos por máquinas (Guattari, 1987) que nos fazem sentir, imaginar e consumir o prazer contido nas fórmulas e mercadorias que certamente trarão felicidade.

Paulo Freire dizia que a emancipação é resultado do processo de tomada de decisões que somos levados a fazer. À medida que minhas decisões são resultado da minha leitura sobre o mundo e minha participação nele, passo a ser mais autônomo em relação ao que me leva a decidir; não decido mais somente pelo imediato, pela necessidade objetiva, pelo sofrer visível, mas passo a decidir de maneira ampliada, incluindo um devir, um futuro sonhado.

Uma educação que aprimore essa potência humana e aproveite a capacidade que temos de transcender o imediato objetivo e viver um real imaginário a partir do desejo e, por esse real imaginário, sermos capazes de nos movimentar e lutar para alcançá-lo. É esse o processo de re-humanização dos humanos.

Então para pensar em uma educação em saúde com tais características, um primeiro exercício é mapear os espaços que convivemos nos fazendo a pergunta: quais os lugares e como somos desumanizados?

Na família, no trabalho, na escola, nos grupos, nas ruas. Enfim, em quase tudo. Mas como vamos saber o percentual de humanidade que existe em cada um de nós? Para tanto, podemos olhar ao redor e ir mapeando espaços e movimentos que nos desumanizam. Há de se evidenciar que aqui existe injustiça; acolá existe desigualdade; ali não há esperança; mais adiante não há acolhimento. A proposta é construir um itinerário de emancipação e libertação

Construindo itinerários de emancipação e libertação

Para começar esse itinerário, ou seja, iniciar o caminho da constituição como sujeitos de nossa relação com o mundo, o primeiro desafio é vencer a invisibilidade e o anonimato. Uma condição essencial para passar da situação de indivíduo, simplesmente humano, para constituir-se em sujeito com potência de decidir e conduzir sua vida.

Os serviços de saúde, por exemplo, são lugares onde ocorre uma relação entre fantasmas, entes invisíveis que só ganham forma e cor nos momentos em que são conectados: no momento de fazer o prontuário, de dizer o nome para a prescrição da receita, relatar alguns dados da história da moléstia atual ou quando conseguem exprimir sua queixa.

Nos serviços de saúde, existem duas invisibilidades: *a)* dos profissionais que se tornam invisíveis pelo “saber/fazer serializado”, pelas regras e normas da organização, pela supremacia dos parâmetros e dosagens dos exames complementares, pelo monólogo prescritivo e normatizador que impedem a escuta e desconsideram a história e a vivência do outro; *b)* dos usuários dos serviços que se tornam invisíveis pela dor, pela necessidade de calar a dor, pelo sofrimento, pela alienação e pela impotência.

Onde circulam fantasmas, não existe diálogo, pois não existem sujeitos, ou melhor, existem sujeitos sujeitados às normas de conhecimento técnico-científico no caso do profissional, às normas

burocrático-administrativas no caso dos gestores e administradores e às normas de comportamentais por parte do usuário.

O segundo desafio é transformar os serviços de saúde em espaços de aprendizagem. Para tanto, é preciso desconstruir os significados que os serviços de saúde suscitam nas pessoas. Do local apropriado para a boa morte ao lugar no qual se enfrentam as doenças e se reconstitui a normalidade, os serviços de saúde sempre foram distantes, temerosos e ameaçadores.

Mas, ao mesmo tempo, é para estes serviços que levamos os problemas de saúde que podem ser questões de doença ou questões outras. Um caso ocorrido numa área de atuação da Estratégia Saúde da Família em Teresina-PI: estagiários de Medicina identificaram uma família composta por dois idosos, o homem deficiente físico, hipertenso e diabético e a mulher doente mental. Ambos subjugados a uma pretensa cuidadora para quem era autorizado o recebimento do salário e, apesar das visitas recebidas pela equipe de saúde, dos medicamentos prescritos, de notificação ao Centro de Assistência Social, não conseguiam superar a situação.

Problemas de saúde, como diz Mario Testa (1992), são problemas complexos, não estruturados e que assustam porque são desconhecidos. A população se apropria somente de fragmentos de informação sobre eles. Problemas que, apesar de acontecerem em nosso corpo, não conseguimos decifrar. Diante da incerteza e desinformação chegamos aos serviços de saúde completamente inseguros, dependentes, submissos, impotentes trazendo como marca o desespero, às vezes, e a tristeza sempre.

É neste cenário que os usuários chegam aos serviços de saúde, lugar do embate entre o que acontece no mundo da vida, onde a dor é real, e o mundo epistêmico e organizacional onde a dor é padronizada e hierarquizada. O contato do usuário com o serviço é um momento no qual se evidenciam as diferenças que se traduzem no estabelecimento de uma relação de submissão e poder, onde a informação de um, mesmo não tendo sentido para o outro, impõe um outro modo de viver a vida:

- O usuário/paciente, movido pela pulsão, grita seu sofrer e os profissionais se movimentam guiados pela racionalidade;
- O paciente/usuário ansioso e angustiado para se livrar da dor e do sofrer e a lógica organizacional que lhe aponta portas de entrada, comportamentos e regras a seguir, que exige documentos;
- Pessoas trazendo consigo sua vivência e seus saberes, e o saber técnico-científico que, em sua hegemonia, desconhecem outras racionalidades.

Há possibilidades?

Mas será que existem possibilidades de os serviços de saúde se transformarem em espaços pedagógicos, de escuta sensível, de participação, de produção, de visibilidades e de enunciação de outras maneiras de pensar e viver a vida?

Para que isso ocorra é necessária uma mudança na missão dos serviços de saúde. Em uma perspectiva evolucionista, tais serviços deixam de ser locais de prestação de assistência para locais nos quais se promove o cuidado. Com isso, estaremos evoluindo para além da concepção biologicista e mecanicista que tem sempre guiado nossas ações. Os serviços de saúde deixam de ser oficinas mecânicas, que recuperam a máquina física desgastada pelo uso ou pelo tempo, e passam a ser espaços de construção do cuidado com o outro, cuidado de suas fragilidades e fortalezas.

O cuidar de si e do outro exige uma relação contínua que vai além da relação pontual que se estabelece nos momentos de intervenção assistencial. Cuidado exige construção de vínculos entre esses indivíduos, buscando tornarem-se sujeitos pela escuta sensível à história de vida, aos saberes, às estratégias, ao humano que conseguiu sobreviver e pode se expressar.

Mas como construir vínculos e exercer a escuta sensível se no momento em que ocorre o encontro entre o usuário e o serviço não existe o acolhimento? Pelo contrário, existe o afastamento

dados na recepção (muitas vezes com policiais armados, funcionários descomprometidos, rituais burocráticos) que aumenta a sensação de impotência e emudece a voz.

Para produzir o cuidado é primordial respeitar a individualidade do outro estabelecendo uma relação intersubjetiva em um tempo contínuo, desencadeando uma ação que articula saber profissional e tecnologias leves. Nessas condições, a relação usuário e profissional, que antes era caracterizada como de submissão e controle, se transforma em um momento de negociação e inclusão do saber, dos desejos e das necessidades dos envolvidos.

Uma vez que se caracterizam como espaços de cuidados, os serviços de saúde devem romper suas fronteiras e sair de seus muros, buscando complementar-se com os outros agentes sociais, com outros espaços de cuidados, a fim de consolidar as redes de proteção e apoio social que existem.

As práticas de educação em saúde são consideradas ações intencionais (práticas sociais e políticas) que buscam a construção de significados para os saberes, representações e informações que a população apresenta sobre sua saúde/doença. Tais atos pedagógicos e comunicativos são capazes de conscientizar as pessoas de seu lugar no mundo, produzir subjetividades com o sentido de mudança e desencadear a mobilização para a ação, o que se chama de práxis.

Por último, mas não menos importante, um outro espaço para a educação em saúde, que também é um desafio e uma possibilidade, é o espaço da sociedade, dos grupos, das tribos, das comunidades e da família.

Aonde nos leva tudo isso? Respostas sinalizam que caminhamos em direção às utopias, aos desejos, aos sonhos que nos mantêm vivos. O que são esses desejos de qualidade de vida, de autonomia, de emancipação que estamos falando? Aspectos instituintes do que queremos que aconteça; pensamentos reais porque são possíveis e por isso mesmo precisam se concretizar no dia a dia das pessoas.

Em uma sociedade democrática, é possível dizer que as políticas públicas são os dispositivos que podem transformar nossos sonhos e delírios em planos, projetos e programas de responsabilidade pública. A educação em saúde voltada para o fortalecimento das pessoas na busca pela qualidade de vida ocorre nestas dimensões: dos sujeitos, dos serviços e dos espaços sociais. Temos todos aqui a tarefa de ir construindo as formas de fazer.

Referências

- ARDOINO, J. Abordagem multirreferencial (plural) das situações educativas e formativas, In: BARBOSA, J. G. *Multirreferencialidade nas ciências e na educação*. São Carlos: EdUFSCar, pp. 24-41, 1998.
- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. 2.^a ed. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1983.
- COELHO, V. P. S. & NOBRE, M. Apresentação. In: COELHO, V. P. S. & NOBRE, M. (org.). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, pp. 11-8, 2004.
- ESCOREL, S. *Conferências e conselhos de saúde no Brasil: o que sabemos, o que queremos*. 1.^o Congresso de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde. Salvador, 2010.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 5.^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1978.
- FREIRE, P. *Pedagogia da indignação – cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3.^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GUIMARÃES, M. C. S. Uma geografia para a ciência faz diferença: um apelo da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 26, n.º 1, pp. 50-8, jan. 2010.
- L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 10, n.º 4, pp. 481-90, 1994.
- MACINKO, J. A. & STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. 1980-2001. *International Journal Equity in Health*, vol. 1, n.º 1, 2002.
- RIDDE, V. Reducing social inequalities in health: public health, community health or health promotion? *Promotion & Education*, vol. 14, n.º 2, pp. 63-71, 2007.

- SARAH. 1.º Congresso de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, Salvador, agosto de 2010
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- WHITEHEAD, M. & DAHLGREEN, G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. *Studies on social and economic determinants population health n.º 2*. Copenhagen: Who/Regional Office for Europe, 2000.

*A Educação Popular e a Vigilância em Saúde
na Atenção Primária*

Renata Pekelman*
Margarida S. Diercks†
Anayr P. Fajardo‡
Bárbara Raupp§

ESTE RELATO refere-se a uma experiência de trabalho em território no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e se sustenta em conceitos do planejamento estratégico-situacional, da vigilância em saúde e da Educação Popular em Saúde (Brasil, 2008; 2010; Freire, 1991; 2000; 2010; Pekelman, 2008; Raupp, 1996; 2008).

* Mestre em Educação; Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC, em Porto Alegre.

† Graduação em Medicina, mestrado e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é médica de família e comunidade do Serviço de Saúde Comunitária e integrante do Centro de Estudo e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC.

‡ Graduação em Odontologia, doutora em Educação; coordenadora-adjunta do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde — Escola GHC/Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.

§ Graduação em Odontologia, especializações em Odontologia Social e em Saúde Pública, mestre em Educação. Funcionária do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.

A experiência, vivenciada por uma equipe de saúde de APS, interconecta esses três conceitos. Atualizamos o original elaborado há vários anos pois, a discussão dessa proposta se mantém corrente.

O território no qual foi desenvolvido o trabalho pertence à área de abrangência de uma das doze Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre-RS.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Unidade de Saúde (US), inclui-se realizar visitas periódicas ao território, propiciando conhecer a realidade de vida dos moradores. Essas visitas redimensionam o olhar para a região de atuação com base nos determinantes sociais, contribuindo para o entendimento do território vivo (Goya, 2003; Mendes & Donato, 2003) em sua complexidade (Lima & Yasui, 2014).

A equipe da US já possuía dados gerais sobre lugar e suas áreas de risco/vulneráveis que eram regularmente visitadas. Falta-va ainda esmiuçar, desvelar a realidade cotidiana que os moradores vivenciavam no seu local de moradia. Para desencadear esta descoberta, os profissionais decidiram explorar o território sem “agenda” prévia, ou seja, não saíram em busca de pacientes para atender às ações programáticas da US, como, por exemplo, buscar faltosos às consultas programadas ou mulheres com citopatológico de colo uterino (CP) em atraso. Queriam escutar e observar a região, as pessoas e as famílias que a compunham, sobretudo as mais vulneráveis.

No decorrer dessas visitas, foram feitos registros descritivos das observações e das conversas para que fossem, posteriormente, analisadas. Algumas dessas anotações estão elencadas a seguir:

- O perfil das casas nessa localidade é, na maioria, bem parecido. São casas feitas de madeira, às vezes com parte de tijolos ou são feitas com restos de madeira, papelão e material diverso que são utilizados para construí-las. De modo geral,

há um pequeno pátio cercado na sua frente ou, às vezes, circundando a casa. Moram muitas famílias ali e são geralmente numerosas, vivendo filhos, tios e avós num mesmo terreno.

- O lixo é frequente e espalha-se por todo o terreno. O beco, que dá acesso às casas, é extremamente estreito, não sendo possível duas pessoas ali passarem lado a lado. Caminhar é difícil, não apenas devido ao espaço, mas também ao esgoto a céu aberto, do qual a gente precisa se esquivar a toda hora. Os moradores vivem ali há muitos anos. Devido ao pouquíssimo espaço, quase não há vegetação, mas nos pequenos jardins dentro de casa as folhagens são cuidadas com muito carinho. Em várias casas, observamos passarinhos em gaiolas alegrando o ambiente. No beco, todos se conhecem, entretanto, ao mesmo tempo que isso gera uma solidariedade entre os vizinhos, também são frequentes as fofocas e brigas entre eles.

- Quando passamos a visitar o beco, as pessoas logo nos identificam e nos convidam a entrar em suas casas. Hoje entramos na casa de Rosângela, que nos conta sua maior preocupação: estar esperando o marido acordar após o trabalho da noite, porque ela precisa comprar coisas no mercadinho para a janta. Perguntamos como foi seu dia, e ela relata que fica em casa, já que eles têm uma filha pequena de um ano e meio que não vai à creche, porque é muito cara, não valendo a pena, já que tudo que ela ganharia numa eventual faxina teria que pagar para quem cuidasse da criança.

“Vou ter que esperar a guria crescer”, declara ela. Assim, por enquanto, quem sustenta a casa é o marido, que trabalha à tarde e à noite como guarda de um prédio “de um bairro burguês”.

“De madrugada, ele distribui jornal, indo e vindo de bicicleta para poupar passagem. Aí ele dorme um pouquinho, almoça e sai de novo. Ganha nos dois empregos dois salários mínimos: É um bom marido, não deixa faltar nada. Eu tento sempre cuidar

bem da guria e cuidar da casa e deixar a casa arrumada. Por isso agora não posso ter outro filho. Por isso me cuido. Uso o comprimido. Antes usava a camisinha, mas ficou muito caro e ele também não gostava. A doutora do postinho me falou do DIU, mas nem pensar. Dizem que ele desloca na relação. . .”

A conversa foi interrompida, porque o marido acordou, e ela teve de ir às pressas ao mercadinho. Ficamos de voltar na próxima semana.

Este tipo de conversa repete-se com cada família, ou melhor, com as mulheres encontradas nas visitas semanais. Após algum tempo de bate-papo e conversas informais, foi possível ter uma ideia aproximada do território como um todo e das várias famílias que nele residem, proporcionando um retrato dinâmico das relações estabelecidas (Giacomazzi, 1997; Diercks, 1998).

Nessas visitas, se observa que as questões priorizadas nas conversas com os moradores não são as mesmas que as dos profissionais da US. Há um descompasso entre as prioridades sentidas pela população e as escolhidas pelos profissionais.

Os principais problemas mencionados por esta população nas áreas de risco/vulneráveis do território de abrangência desta US eram, invariavelmente, a questão do lixo, a drogadição e a preocupação com algumas famílias que os vizinhos achavam que não estavam muito bem (“as crianças estão muito sujas, malcuidadas, e a mãe fica dormindo o dia todo”. . .).

Como conciliar, então, as necessidades de saúde observadas pelos profissionais com as sentidas pela população?

Após várias reuniões entre os componentes da equipe e ao refletir sobre a diferença entre os problemas de saúde elencados pela população e os definidos pelo serviço (adequar a cobertura de programas de saúde, materno-infantil, hipertensão e diabetes), a equipe optou por ouvir e problematizar as necessidades, prioridades e problemas sentidos pela população.

Significava modificar um modo de operar cristalizado, que preconiza a identificação dos problemas de saúde como prerrogativa

do serviço de saúde, desconsiderando as vivências e saberes da população acerca de suas próprias necessidades. Fazia-se necessário incorporar um conceito ampliado do processo saúde-doença em que a identificação e escolha de necessidades em saúde fossem prerrogativa de todos os sujeitos envolvidos no processo e não somente de necessidades socioepidemiológicas (Equipe, 1998).

Partindo das necessidades sentidas e expressadas pela comunidade, por meio de conversas sobre os diferentes problemas levantados, estabeleceu-se um diálogo entre os trabalhadores e a população, cuja prioridade escolhida seria enfrentar o problema de descarte e coleta de lixo. Essa aproximação dos profissionais com um problema essencial para a população mudou o relacionamento dos atores envolvidos nesse processo de discussão e ação. Lentamente, ao longo de um ano, o envolvimento dos profissionais da US com a população contribuiu para que a saúde fosse encarada como um processo, no qual o adoecimento faz parte do meio onde as pessoas vivem. Ao mesmo tempo, a população passou a encarar o serviço de APS como espaço de atenção integral, não mais apenas como local para atendimento quando se está doente (Pekelman, 2008).

Nesse período de visitas ao território e conversas com as famílias, houve intensa troca de saberes e de práticas, modificando-se, de parte a parte, a compreensão do processo saúde-doença. Uma nova realidade foi sendo construída, vivenciando-se o contexto e refletindo-se sobre sua compreensão. Nesses encontros, a população trazia suas questões prioritárias, e os profissionais de saúde também. Assim, os programas de atenção à saúde (saúde da mulher, saúde da criança, condições crônicas, etc.) puderam ser incluídos nesta prática ampliada do cuidar do si e do outro. O andamento desse processo propiciou melhora do acesso e da vinculação da população com a equipe de saúde e aumento significativo na cobertura das ações programáticas. A unidade de saúde e sua equipe tiveram seus papéis de referência fortalecidos perante a população. Estes resultados foram atribuídos ao diálogo esta-

belecido que se sustenta em um árduo processo de compreensão do outro na sua singularidade e totalidade. Quando os profissionais se colocaram no lugar do outro, ouvindo que o lixo era o problema correlacionado à saúde mais importante, esta compreensão trouxe confiança, respeito pelo saber nascido da experiência e do sofrimento, curiosidade indagadora e reflexão crítica sobre o cotidiano dos moradores e prática profissional e, principalmente, escutas mútuas (Freire, 1991, 2010).

Entendemos que essa experiência se apoia em três ferramentas ou metodologias fundamentais da APS: a vigilância em saúde (Brasil, 2008; 2010; Campos, 2003), o planejamento estratégico situacional (Raupp, 2008) e a Educação Popular em Saúde (Brandão, 1996; Diercks, 2007; Diercks, Pekelman & Wilhelm, 2003; Freire, 1991; 2000; 2010) que apresenta um profissional de saúde educador, que reconhece a importância do compartilhamento de saberes e práticas, e que tem, no seu agir profissional orientado pela integralidade, a incerteza, a dúvida, a problematização, os porquês e a curiosidade.

A Vigilância em Saúde (VS) é uma das concepções fundamentais para o trabalho em APS no território. A VS tem, na observação e análise das condições de vida e saúde de uma população, a ampliação do olhar e do escopo de intervenção, com a perspectiva da integralidade do cuidado individual e coletivo, da promoção à reabilitação (Brasil, 2006).

A vigilância em saúde é um processo no qual todos os atores deveriam ser incluídos na discussão, já que objetiva identificar necessidades, escolhas de problemas e prioridades em saúde e, se possível, a resolução de alguns deles na sua totalidade ou em parte. Deve estar embasada na coparticipação da população e dos profissionais na definição democrática e ética dos problemas e no desencadeamento do processo de resolução. Nesse sentido, a VS preconiza: responsabilidade pelo território; reconhecimento das diferenças no território; equidade; Intersetorialidade; identificação e ação sobre os fatores de risco e vulnerabilidade; identificação e acolhimento

das subjetividades; acompanhamento dos problemas; avaliação do trabalho que está sendo feito (Campos, 2003; Campos & Guerreiro, 2010).

Observa-se que esses aspectos da VS vêm ao encontro dos atributos essenciais da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, aspectos estes que, se concretizados, são indicadores de qualidade da APS (Starfield, 2002).

A VS busca superar a histórica dicotomia entre práticas individuais e coletivas, entre clínica e sanitarismo. Esta ferramenta da atenção à saúde está fundamentada em uma concepção ampla do fenômeno, no qual a saúde é um fenômeno não apenas biológico, mas também sociológico cultural e subjetivo.

Superar essa dicotomia e construir uma APS sustentada em um cuidado integral e longitudinal pressupõe criar possibilidades técnicas, políticas e culturais para a ação. Não podemos negar que, embora muitas das características que identificam essa prática já façam parte do cotidiano em APS no Serviço de Saúde Comunitária/GHC, também identificamos inúmeras dificuldades para pôr em prática esse discurso no dia a dia. Poderíamos dizer que muitas delas estão relacionadas com os modelos tradicionais segundo os quais fomos formados e também com a expectativa da população, baseada na sua experiência como usuária do modelo tradicional de atendimento. Mudar é difícil porque não é apenas uma questão objetiva, mas também cultural e subjetiva. Para modificar este modo de atenção, é preciso haver vontade política que coloque à disposição os recursos necessários às atividades exigidas pela nova forma de atuar, a fim de que seja possível influir nos fatores sócio-históricos e culturais que vêm determinando uma situação de desequilíbrio no estado de saúde da população com a qual trabalhamos. Contudo, é também necessário criar viabilidade cultural e subjetiva. É aí que o planejamento em saúde se torna imprescindível. Se a questão é mudar, precisamos de instrumentos que auxiliem na tomada de direção ao rumo desejado.

A questão que se coloca então é: qual o enfoque de planejamento que poderia ser adotado? Qual tipo de planejamento propicia trabalhar com as questões objetivas, políticas, técnicas, culturais e subjetivas? Que tipo de planejamento oferece instrumentos para trabalhar com as relações configuradas no espaço dos sujeitos do serviço de saúde, como gerentes de unidade, técnicos, representantes da população organizada, população usuária dos serviços, população sob sua responsabilidade, diferentes grupos sociais, grupos sob risco aos diversos agravos e sujeitos de outros setores sociais envolvidos no equacionamento dos problemas de saúde identificados?

Mesmo sem negar a importância da racionalização dos recursos, típica do enfoque normativo de planejamento, é preciso adotar uma perspectiva capaz de promover acúmulos de poder técnico, político e social que favoreçam a construção de hegemonia para este projeto. O enfoque estratégico-situacional tem aí uma contribuição fundamental (Habermas, 1987; Raupp, 1999; 2008). É preciso partir da análise da situação de saúde e de vida da população do território para definir qual situação quer-se alcançar por meio de nossa prática de saúde. É mister configurar as estratégias necessárias para uma aproximação progressiva a essa situação-objetivo, sendo importante programar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas em sua relação com o estado de saúde e de vida da população.

Entretanto, se faz necessário questionar como concretizar a responsabilidade pelo território? De quem é esta responsabilidade? Da gerência do serviço, dos médicos, da equipe como um todo? Como lidar com as dificuldades encontradas no trabalho interdisciplinar? Qual o papel da população nesse aspecto? Compreendendo o território como um espaço heterogêneo, como trabalhar com as diferenças entre os grupos sociais, famílias e indivíduos, em termos de situação de vida e de saúde, cultura e subjetividade para buscar a equidade? Como trabalhar com outros setores que têm culturas institucionais tão diferentes da área

da saúde? Como definir prioridades, seja em termos de grupos, seja em termos de problemas de saúde, quando propomos o envolvimento de todos os atores/sujeitos no processo de planejamento, quando se colocam em um mesmo espaço o saber político-administrativo, o técnico e o popular?

Buscar construir e operacionalizar a vigilância da saúde exige um enfoque de planejamento capaz de dar conta tanto dos aspectos político-administrativos quanto dos aspectos sociais, técnicos, culturais e subjetivos desta proposta. Tanto a vigilância da saúde (ferramenta da APS, que pretende impactar, de modo positivo, na saúde da população) como o planejamento (instrumento de construção e operacionalização dessa ferramenta) devem estar, ambos, comprometidos com uma perspectiva educativo-participativa que trabalhe com todos os atores envolvidos nesse processo e, mais do que isso, que contribua para promover mudanças que implicarão uma APS e na situação de saúde e vida das populações.

Acreditamos que o instrumental desenvolvido pelo planejamento estratégico é fundamental, mas não é suficiente. É preciso que se incorpore uma dimensão comunicativa, participativa, dialógica e educativa (Habermas, 1987; Raupp, 2008). Uma justificativa para incorporar essas dimensões seria a importância de trabalhar por territórios ou microáreas, um dos pilares da vigilância da saúde, além do trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Trabalhar em territórios significa entrar em um espaço não somente físico, mas principalmente individual, cultural e social. Além disso, possui uma dimensão subjetiva, baseada em crenças, costumes, valores e regras. Quando chegamos a um beco, por exemplo, as pessoas que ali moram têm suas vivências e reflexões a partir dele, assim como nós, profissionais, temos as nossas a partir de vivências em saúde e da nossa prática profissional individual e/ou de serviço (Diercks, 2011).

Esses territórios e sujeitos, tão diferentes entre si, têm de chegar a um acordo. O primeiro passo para isso é ver o outro como sujeito, ou seja, não um paciente ou um número de pron-

tuário, nem uma família com problemas ou quem só vem pedir renovação de receita. Ver o outro significa buscar o entendimento, a aproximação e o diálogo e, assim, permitir que os demais nos vejam também. O outro (e aqui nos referimos também aos nossos colegas profissionais), com o qual trabalhamos a questão da saúde, é um sujeito que tem uma história para contar, uma explicação a dar sobre seus problemas e necessidades e, o mais importante e, na maioria das vezes, negada, uma solução para apresentar e discutir sobre seus problemas (Freire, 2000; 2010).

Assim, essa postura exige que nós, profissionais de saúde da APS, em conjunto com a população, realizemos um esforço de entendimento, o que não significa concordar com tudo, muito menos considerar o nosso saber como o mais claro, o mais coerente e o mais lógico para explicar determinada situação, mas sim proporcionar um espaço para expressão dos temores, preconceitos, certezas, valores e expectativas que permeiam a vivência de cada um.

É necessário problematizar, argumentar, discordar eticamente, politizar e participar muitas e inúmeras vezes, pois a maior parte desse processo de compreensão é demorada. Para alcançá-lo, é necessário investir tempo, paciência, perseverança e consciência teórico-metodológica sobre a proposta de trabalho. O exercício de garantir espaço e tempo para dialogar, seja em uma consulta ou em uma reunião comunitária, não é fácil e exige criatividade de quem quer promovê-lo. Assegurar a palavra a todos, tanto em nível individual como coletivo, significa conciliar nossa (im)paciência de técnicos com a cobrança por produtividade pela instituição e a ansiedade da população em resolver rapidamente seus problemas (Freire, 1991; 2000; 2010).

O entendimento está baseado no diálogo, e este tem vários aspectos que precisam ser considerados, dentre os quais destacamos a questão da palavra, da dificuldade e do desafio intercultural, dos mundos vividos diferentes entre os participantes, da linguagem, da questão da intersubjetividade e dos diferentes saberes que participam desse diálogo. Esses aspectos não podem ser analisados

de forma estática e uniforme, já que o diálogo pressupõe contradição, historicidade, subjetividade e sociabilidade (Aragão, 1992; Habermas, 1987; Freire, 2000).

Assim, propiciar um diálogo não é um processo simples, mas extremamente complexo e dependente de todos os fatores citados. Esse processo, muitas vezes, cansativo e difícil, que envolve ver e ouvir o outro, proporciona um entendimento em comum quando todos os participantes conseguem fazer uma síntese do que está acontecendo e vislumbram saídas concretas e em conjunto para a solução dos problemas.

Quando nos damos conta de que a população e a equipe reconhecem o seu território, quando deixa de ser aquela imagem preconcebida e passa ser percebido como um lugar onde são possíveis relações de solidariedade entre os seus membros, onde se forjam projetos de vida individuais e coletivos, onde será possível construir redes por meio das quais se construam projetos de saúde embasados em necessidades comuns, entendemos que também está se fazendo vigilância da saúde na APS (Freire, 2000; 2010).

Finalizando, encontramos em Carlos Rodrigues Brandão (1995, p. 131) a tradução de nossos esforços quando diz:

“Nos espaços internos de seus mundos de vida e trabalho, os sujeitos, os grupos e as comunidades cujas culturas constituímos de fora como «populares» não são bricolagens, nem fragmentos independentes. São estruturas muito complexas de relacionamento. São isto e o significado que, como suas culturas, eles atribuem a isto e a ele. [. . .] São misturas de almas através de coisas e de coisas através de almas. As delas próprias tornadas significados e mensagens entre pessoas, e as de sujeitos que através delas tornam-se, eles próprios, inteligíveis para si mesmos e para os outros.”

Referências

- ARAGÃO, L. M. de C. *Razão comunicativa e teoria social crítica em Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.
- BRANDÃO, C. R. *Em campo aberto*. São Paulo: Cortez, 1995.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Normas e Manuais Técnicos, n.º 21, série A. 2. ed. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de vigilância em saúde*. Série B. Série Pactos pela saúde, vol. 13, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília, 2007.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 8, n.º 2, pp. 569-84, jan. 2003.
- CAMPOS G. W. S. & GUERRERO A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DIERCKS, M. S. *Saber científico e saber popular em saúde: a construção do conhecimento na elaboração de cartilhas de educação em saúde com participação popular*. Mestrado. Porto Alegre: Faculdade de Educação, UFRGS, 1998.
- DIERCKS, M. S. O mundo de Iara. In: MANO, M. A. M. & PRADO, E. V. (orgs.). *Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade a utopia*. São Carlos: Edufscar, 2011.
- DIERCKS, M. S. & PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília. Ministério da Saúde, pp. 75-86, 2007.
- DIERCKS, M. S. & WILHELM, D. M. Uma pedagogia para a comunicação popular em saúde. In: SILVA, J. O. & BORDIN, R. (orgs.). *Máquinas do sentido: processos comunicacionais em saúde*. Porto Alegre: Da casa, pp. 149-57, 2003.
- EQUIPE Da Unidade Divina Providência. Trabalhando em micro áreas de risco à saúde: avaliação da experiência da Unidade Valão. 1996-1998. *Momentos & perspectivas em saúde*, vol. 11, n.º 1, pp. 98-104. Porto Alegre, 1998.
- FREIRE, P. *Educação na cidade*. São Paulo: Cortez, 1991.
- FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora Unesp, 2000.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2010.
- GIACOMAZZI, M. C. *O cotidiano na Vila Jardim: um estudo de trajetórias, narrativas biográficas e sociabilidades sob o prisma do medo na cidade*. Doutorado. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências

- Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. UFRGS, 1997.
- GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. *Sanare. Revista de Políticas Públicas*, ano IV, n.º 1, pp. 51-6, 2003.
- HABERMAS, J. *The theory of communicative action. Lifeworld and system: A critique of functionalist reason*, vol. 2. Boston: Beacon Press, 1987.
- LIMA, E. M. F. de A. & YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*, vol. 38, n.º 102, pp. 593-606, Rio de Janeiro, jul.set. 2014.
- LUZ, M. T. A saúde e as instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- MENDES, R. & DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Sanare. Revista de Políticas Públicas*. ano IV, n.º 1, pp. 39-42, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Fase, 1986.
- OLIVEIRA, C. M. & CASANOVA, Â. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 14, n.º 3, pp. 929-36. Rio de Janeiro, 2009.
- PEKELMAN, R. Caminhos para uma ação educativa emancipadora: a prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde. *Revista de APS*, vol. 11, n.º 3, pp. 295-302, Juiz de Fora, 2008.
- RAUPP, B. Planejamento participativo em saúde: a experiência do Valão. *Momentos & perspectivas em saúde*, vol. 9, n.º 2, pp. 21-9. Porto Alegre, 1996.
- RAUPP, B. *Educação e planejamento participativo em saúde: estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária – Porto Alegre e Montevideu*. Mestrado. Porto Alegre: Faculdade de Educação, UFRGS, 1999.
- RAUPP, B. *Planejamento e gerência de unidades de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária – GHC. 2008.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviço e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

*A popularização das práticas integrativas
e complementares a partir de uma
perspectiva freiriana: contribuições
para a Educação Popular em Saúde*

Adilson S. Marques*

EM MEADOS DA DÉCADA DE 1960, Edgar Morin (1969) propôs o termo *antropolítica*, em uma tentativa de ir além do ideal eurocêntrico, presente no marxismo e no freudismo, e revalorizando o Outro, sobretudo o “oriente” e o “terceiro mundo”. Em suas análises, propõe uma política pluridimensional do homem (e da mulher, obviamente). Ele acreditava que o termo *antropolítica* não estaria contaminado pelo ideal modernista, porém, não abandonou o termo *desenvolvimento*, apenas o reformulou, purificando-o da “ganga economicista” e dando a ele um sentido humano e multidimensional em sua proposta para uma “antropolítica do desenvolvimento”.

Desenvolvimento é envolvimento, dizia Plotino, na Antiguidade. Porém, esta expressão não deixa de ser um dos principais ideogramas (ideia-força) da modernidade heroica e prometeica que nos assola e, na minha opinião, entra em conflito com a proposta original da Antropolítica, que está vinculada a uma utopia

* Professor visitante e pós-doutorando no Departamento de Metodologia de Ensino/UFSCar, na linha de pesquisa Práticas Sociais e Processos Educativos. Endereço eletrônico <asamar_sc@hotmail.com>.

salutar: auxiliar, na metamorfose societal, de forma que a solidariedade, as formas cooperativas, o respeito ao Outro, entre outros valores libertários, tornem-se uma realidade em nosso cotidiano.

A partir dessa cosmovisão, a ONG Círculo de São Francisco (ONGCSF), na cidade de São Carlos-SP, vem pondo em prática, desde 2003, o que denomina como Antropolítica do (re)envolvimento humano, um trabalho de Educação Popular e Comunitária que inclui a difusão gratuita das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no município, além de capacitar agentes culturais, educadores populares, animadores socioculturais e outros interessados.

A Antropolítica do (re)envolvimento humano se realiza através de projetos de animação cultural inclusivos, solidários, ambientalmente responsáveis e espiritualistas, daí a necessidade de trabalhar com uma outra bacia semântica mais adequada aos valores que busca difundir e propagar no meio sociocultural em que atua cotidianamente, valorizando uma diferente percepção da realidade mais *hermesiana*, ou seja, mais fratriarcal e horizontalizante, rompendo com os valores próprios da modernidade (exclusão, desenvolvimento, verticalização das relações, entre outros).

Além de Morin, outros seis autores são fundamentais na elaboração da Antropolítica do (re)envolvimento humano, segundo a ONG Círculo de São Francisco: Emmanuel Lévinas, Teilhard de Chardin, Mircea Eliade, Allan Kardec, Carl Gustav Jung e Paulo Freire.

No caso particular de Paulo Freire, com a crescente intolerância por quem pensa diferente, seja na religião, na política e até mesmo no futebol, nossa frágil democracia parece não ser capaz de se sustentar, deixando pouca margem de atuação para quem se propõe a refletir sobre sonho e utopia, as “armas” que ele nos apresenta, envolto em esperança e crença na possibilidade das mudanças pelas quais ele sempre defendeu: a amorosidade nas relações e o diálogo *fratriarcal* entre todos, respeitando as diferenças.

A relação entre o Eu e o Outro, tão cara ao discurso fenomenológico e existencial, marca profundamente também o discurso político e pedagógico de Paulo Freire, afastando-o de todo fatalismo, seja o conservador (“Deus quer que seja assim e não se pode fazer nada”) ou o de esquerda (“o socialismo é inexorável e vai acontecer, não precisamos fazer nada”). Sua proposta em transformar o educando em um “sujeito cognoscente” e não como a “incidência do discurso do educador” é o que transforma o ato de ensinar em uma ação política emancipativa ou libertária, que transcende o sectarismo e o fatalismo de “esquerda”, que tanto incomodava Freire, como nessa passagem elucidativa do livro *Pedagogia da esperança*:

Na verdade, o clima preponderante entre as esquerdas era o do sectarismo que, ao mesmo tempo em que nega a história como possibilidade, gera e proclama uma espécie de “fatalismo libertador”. O socialismo chega necessariamente. . . por isso é que, se levarmos às últimas consequências a compreensão da história enquanto “fatalismo libertador”, prescindiremos da luta, do empenho para a criação do socialismo democrático, enquanto empreitada histórica. Somem, assim, a ética da luta e a boniteza da briga. Creio, mais do que creio estou convencido, de que nunca necessitamos tanto de posições radicais, no sentido em que entendo radicalidade na Pedagogia do oprimido, quanto hoje. Para superarmos, de um lado, os sectarismos fundados nas verdades universais e únicas; do outro, as acomodações “pragmáticas” aos fatos, como se eles tivessem virado imutáveis, tão ao gosto de posições modernas, os primeiros, e modernistas, as segundas, temos de ser pós-modernamente radicais e utópicos (Freire, 1992, p. 27).

A proposta de Educação Popular de Paulo Freire não entra em contradição com a antropolítica, um neologismo com quase

cinquenta anos de idade, criado por Edgar Morin, e que pressupõe uma perspectiva libertária e democrática de pensar a política. E este desejo por mudanças efetivas, vinculadas à necessidade de mudanças também afetivas, junto ao desejo de viver em uma sociedade crítica, acompanhado pela vontade de vivenciar uma sociedade também criativa (Marques, 2003), proporciona, do ponto de vista aqui adotado, um processo criativo, organizacional e produtivo muito mais hermesiano do que prometético, e que permita espaço para o Outro, para a vivência da alteridade e da sustentabilidade.

A Antropolítica do (re)envolvimento humano tem como missão realizar uma prática social libertária por meio de processos educativos democráticos e sustentáveis, o que a leva a valorizar a coexistência de uma base crítica, mas também compreensiva e fenomenológica, o que torna fundamental estabelecer um diálogo criativo e respeitoso com as tradições religiosas, com a ciência não dogmática e com as reflexões filosóficas e epistemológicas “pós-modernas”, na linha sugerida por Jean-François Lyotard, Boaventura de Sousa Santos, Gilbert Durand, Michel Maffesoli, entre outros, e/ou “transmodernas”, na perspectiva de Enrique Dussel, mas não dos autores que utilizam esse termo para se referir à cibernética ou à cultura do neoliberalismo e à globalização.

Todos os pensadores acima expostos têm em comum o objetivo de se contrapor aos valores supostamente universais propostos pela modernidade eurocêntrica. Em suma, eles apresentam muito mais pontos em comum do que divergentes, até mesmo complementando-se.

E a Antropolítica do (re)envolvimento humano, conforme proposta pela ONGCSF, inclui também a relação com o meio ambiente, com o corpo físico e com alma, também de uma forma não sectária, mas valorizando um “otimismo crítico” diante da realidade sociocultural em que nos encontramos.

Lembrando que o sectarismo, conforme teorizou Freire (1984), independentemente de ser direitista ou esquerdista apre-

senta uma matriz preponderantemente emocional e acrítica. Ele é arrogante, antidialógico e anticomunicativa. O sectário não respeita outras opções e pretende impor a sua, o que o caracterizaria como fanatismo.

O “otimismo crítico”, nesse sentido, é para Paulo Freire o instrumento para se vencer o sectarismo e se constrói por meio de uma educação dialógica e ativa, voltada para a responsabilidade social e política. Ele seria uma maneira de renunciar, simultaneamente, ao otimismo ingênuo, ao idealismo utópico, ao pessimismo e à desesperança (Freire, 1984). Ele implica o retorno à matriz verdadeira da democracia e favorece a integração com a realidade nacional, que passa a ser valorizada e que exige um máximo de razão e consciência, diálogo e participação.

No plano metafísico, a Antropolítica do (re)envolvimento, conforme vem sendo posta em prática nas atividades de animação cultural da ONG Círculo de São Francisco, compreende a transcendência como um fenômeno espiritual que se alcança através do mergulho na vida, na imanência, concordando, nesse aspecto, com Fiori (1991, p. 34) quando este afirma: O Transcendente, embora essencialmente distinto do imanente está presente na imanência das coisas e da História. E o religioso autêntico não é o que se aliena num transcendente que desconhece o mundo e a História, mas o que, na história do mundo, faz encarnação concreta dos grandes valores que luzem além das fronteiras de sua finitude.

A Antropolítica do (re)envolvimento humano começou a se difundir antes mesmo da criação da ONGCSF. Ela começou a ser posta em prática com o trabalho do Programa Homospiritualis, criado em 1999, para difundir a cultura de paz, promover a saúde integral da comunidade e valorizar a diversidade religiosa no município de São Carlos, que passou a ser mantido pela ONG, a

partir de 2003. Entre os anos de 2001 e 2013, o Programa organizou os Encontros Homospiritualis de Educação e Cultura para a Paz, nos quais religiosos, espiritualistas, filósofos, artistas, entre outros, foram convidados para apresentar suas contribuições, visando propiciar a compreensão ativa da visão religiosa e espiritualista do Outro, estimulando o respeito e a tolerância. Entre os temas abordados nos diferentes encontros, podemos citar como significativos os estudos sobre o Evangelho de Tomé, o Dharmapada, a Oração de São Francisco, a Umbanda, A Bhagavad Gita, além de diferentes cursos, oficinas e atividades culturais como apresentações de cantos devocionais, mostras de filmes, etc., dentro do espírito proposto pelo manifesto da Cultura de Paz, da Unesco, em 1999.

Derivando-se deste encontro, o Programa Homospiritualis, a partir de 2010, passou a organizar um novo evento: o Fórum Permanente de Educação, Cultura de Paz e Tolerância Religiosa. Este nasceu da necessidade de estabelecer uma reflexão e um campo de atuação política em defesa da diversidade e da liberdade de expressão religiosa, visando, também, garantir a laicidade do Estado. Em 2010, o fórum escreveu o “Manifesto pela Tolerância e pela Paz em São Carlos”, revisto e ampliado em janeiro de 2014. O fórum passou a ser realizado, anualmente, no dia 21 de janeiro, considerado pelo Governo Federal como Dia Nacional de Combate à Intolerância Religiosa. O Fórum também é responsável pelo Observatório Social da Liberdade e da Tolerância Religiosa em São Carlos, que reúne religiosos de diferentes credos.

Quanto ao trabalho de difusão gratuita e popularização das Práticas Integrativas e Complementares, realizado através do Centro de Referência Comunitária em Tratamentos Naturais, Complementares, Integrativos e Populares, mantido pela ONGCSF, este também possui como objetivo central facilitar uma mudança de sensibilidade ou metanoia, contribuindo para que o participante possa ser mais feliz, resiliente diante da vida, tolerante com quem pensa e age de forma diferente, além de superar o medo da morte e vivenciar, com uma “consciência espiritual”, sua experiência

humanizada. Em outras palavras, superando o *Homo profanus*, o “modo de ser no mundo” preponderante na modernidade, e o *Homo religiosus* típico das sociedades tradicionais, para dar vazão plena a sua essência enquanto *Homo spiritualis*.

Lembremos que Mircea Eliade (1996), um dos mais importantes historiadores das religiões, identificou duas formas de ser no mundo, o *Homo religiosus* e o *Homo profanus*. Porém, na ótica da Antropolítica do (re)envolvimento humano, há evidências de uma busca por renovação espiritual no atual cenário “pós-moderno” ou “«trans-moderno»” que não se coaduna com o perfil do homem religioso estudado por Eliade, predominante nas sociedades tradicionais. Essa busca por espiritualização que marca o cenário “pós” ou “trans” moderno parece exigir uma nova expressão de Ser no mundo, capaz de distinguir religião e espiritualidade no ambiente cibernético e informacional em que vivemos: o *Homo spiritualis*.

Talvez não seja por acaso que Gilbert Durand (1997) identifica também três estruturas de imaginário, que convivem simultaneamente, mas com predomínio de uma sobre a outra, conforme o momento sociocultural (o “místico”, o “heroico” e o “dramático”). E podemos perceber também a existência de três formas de relação com o meio ambiente e com a comunidade, que poderiam ser chamados de envolvimento, (des)envolvimento e (re)envolvimento. De forma didática, podemos apontar a existência de homologia entre todas essas relações:

| <i>Homo religiosus</i> | <i>Homo profanus</i> | <i>Homo spiritualis</i> |
|------------------------|----------------------|-------------------------|
| Imaginário | Imaginário | Imaginário |
| místico | heroico | dramático |
| envolvimento | (des)envolvimento | (re)envolvimento |

Em resumo, a Antropolítica do (re)envolvimento humano não pressupõe o retorno puro e simples ao passado, a um estilo de vida arcaico ou a um modo de ser, pensar e agir não moderno. Ela parte do pressuposto que o mundo moderno se insurgiu,

necessariamente, contra o envolvimento predominante na relação sociedade–natureza, destruindo a religiosidade própria das sociedades primitivas, quebrando os vínculos e instituindo o que Eliade (1996) chamou de *Homo profanus*.

Porém, esta fase da história humana teve também elementos positivos. O problema é que essa ânsia por desenvolvimento, própria do estilo de vida instituído pela modernidade, tornou-se a causa principal dos diversos problemas econômicos, sociais, psicológicos, ambientais e culturais da atualidade e, antes que haja uma falência total do planeta e da vida como um todo, é necessário rever este sistema desenvolvimentista, e a Antropolítica do (re)envolvimento humano é uma entre as diferentes propostas que valorizam um estilo de vida mais natural, capaz de respeitar os ciclos da natureza e revitalizar os laços comunitários, além de tratar o corpo com mais atenção e respeito, seja através de alimentos saudáveis e de partos humanizados, além de redescobrir, sem dogmatismo ou fanatismo, nossa dimensão espiritual ou transcendental.

A Antropolítica do (re)envolvimento humano, dessa forma, deve ser pensada como um paradigma e também como um movimento político, ecológico, sociocultural, educativo e espiritualista que tem como meta possibilitar um (re)envolvimento com a natureza, com a comunidade, com o corpo físico e com a alma, rompendo, assim, com o estilo de viver sem envolvimento e mecanicista próprio da modernidade (Marques, 2003).

No âmbito das teorias antropológicas do imaginário, podemos inferir que as sociedades tradicionais ou não modernas se identificavam, com mais frequência, com o imaginário místico; por outro lado, as sociedades modernas, com sua visão economicista, mecanicista e desenvolvimentista, tendem a difundir e a se organizar pautadas por um imaginário heroico. Nesta relação, temos um “terceiro excluído” que sempre existiu, mas que começa a se manifestar neste momento histórico com mais expressão, através de um imaginário que Durand classificou como dramático, ou seja, capaz de religar e transitar entre os dois polos anteriores.

Também acreditamos que é o imaginário dramático que está na essência do que identificamos como Antropolítica do (re)envolvimento humano e que valoriza o *Homo spiritualis* como um terceiro modo de Ser no mundo. Em outras palavras, ao se valorizar as imagens noturnas do tipo dramático (Durand, 1997), religando os dois polos arquetípicos anteriores, esta perspectiva do imaginário é que tende a valorizar a ação nos quatro vetores do (re)envolvimento humano: o (re)envolvimento com a natureza, com a comunidade, com o corpo e com a alma.

E considerando a Educação Popular de Paulo Freire como fundamental em sua Antropolítica do (re)envolvimento humano, a ONGCSF em seu trabalho de difusão das Práticas Integrativas e Complementares procura revalorizar o feminino, o sombrio e o ctônico. Em suma, os elementos que a imaginação “diurna” procura combater e que são importantes para fazer brilhar dentro de nós a vida e a luz que não emana de nós, mas que, definitivamente, estão dentro de nós (Jung, 1986).

E essa *práxis* educativa, por levar em consideração a dimensão anímica da existência, não pode deixar de se relacionar com as psicofias de Buda, Lao-tsé, Jesus e tantas outras. E é importante esclarecer o porquê de chamar os ensinamentos destes mestres da humanidade de psicofia e não de religião, filosofia ou de psicologia. Em primeiro lugar porque estes ensinamentos espirituais não são teóricos, mas praticados tanto pelo que ensina como pelos seus discípulos. Assim, mais do que conhecimento, eles manifestam uma sabedoria, ou seja, eles têm valor por meio de sua realização. Em segundo lugar, a psicofia não se confunde com a religião, que tem um corpo doutrinário e um sistema de ritos estabelecidos e nem com a religiosidade, um comportamento quase sempre condicionado socialmente e realizado em horas predeterminadas, sem que haja, necessariamente, nenhuma transformação interior. Com exceções, podemos dizer que a religiosidade é uma atividade social e não um trabalho metanoico de transformação espiritual ou interior, como pressupõe a psicofia desses mestres da humanidade.

E entre as Práticas Integrativas e Complementares difundidas pela ONGCSF e que se relaciona diretamente com a espiritualidade, encontra-se a Meditação Integrativa, uma atividade que é realizada por meio de induções espiritualistas, mas não necessariamente religiosas. Daí serem chamadas de induções animagógicas. Ela também é uma forma de meditação bioenergética pois favorece a movimentação energética pelo corpo físico, levando o participante a salivar, bocejar, sentir arrepios, entre outros sintomas próprios das práticas de manipulação bioenergética.

Entre 2003 e 2016, a técnica foi ensinada por voluntários da ONG Círculo de São Francisco para mais de quatro mil pessoas, em todo o território nacional e também em Portugal, gratuitamente, tanto em eventos acadêmicos como em espiritualistas. Junto com outras técnicas que formam o que vem sendo chamado desde 2005 de Terapia Vibracional Integrativa (TVI), a Meditação Integrativa tem sido utilizada em vivências do projeto Mapeps, da UFSCar, em vários eventos, como na tenda Paulo Freire, durante o XIV Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado na UFSCar, em 2015, e em diversos “espaço de cuidado”, projeto de difusão do Mapeps realizado em UBSs, em USFs, na Santa-Casa, e em outros locais, na cidade de São Carlos e em outros municípios.

A Meditação Integrativa, dentro de uma perspectiva de Educação Popular e Comunitária, deve respeitar o universo simbólico do grupo participante e, por isso, suas induções devem ser adaptadas ao perfil do grupo que participa da atividade, trabalhando os temas espiritualistas de cunho universal (perdão, amor, paz interior, equanimidade, entre outros) utilizando como referência o universo simbólico próprio do grupo que participa da vivência. Sua prática visa auxiliar também no processo de (re)envolvimento do praticante com sua comunidade e entorno ambiental, e também com seu corpo físico e com sua alma/espírito.

As induções devem partir de valores ou significados simbólicos compartilhados, mas nem sempre vivenciados no “coração”. Por isso, o mais importante na prática da Meditação Integrativa é

a sua função animagógica, ou seja, que suas induções possam favorecer o processo de metanoia, em outras palavras, a “mudança interior” ou a hierofania, independentemente de utilizar elementos de uma ou outra experiência religiosa ou espiritualista. Obviamente que este fato faz que o condutor da prática necessite ter conhecimento de diferentes expressões simbólicas e religiosas para saber utilizá-las. Por exemplo, para um grupo de budistas, uma indução pode ser feita pedindo aos participantes que mentalizem um determinado *bodhissatva*, de acordo com a crença daquele agrupamento religioso e, com um grupo de umbandistas, sugerindo que mentalizem um orixá cuja manifestação arquetípica seja similar. Dessa forma, respeita-se a idiosincrasia do grupo e seus os valores espiritualistas e religiosos.

Do ponto de vista das estruturas antropológicas do imaginário, na linha proposta por Gilbert Durand, podemos afirmar que a Meditação Integrativa está relacionada a um sistema imaginário complexo e paradoxal que, com frequência, opõe-se ao pensamento heroico predominante no modelo biomédico oficial e na educação escolar brasileira, fundamentalmente, materialistas. A prática da Meditação Integrativa nos remete aos esquemas verbais, mitemas e elementos simbólicos associados ao imaginário “noturno”, seja ele do tipo “místico” ou “dramático”, segundo a terminologia própria de Gilbert Durand (1997).

E a produção simbólica e imaginária que ocorre em uma sessão de Meditação Integrativa pode ser interpretada como um mero relaxamento mental, sem nenhuma consequência “mística”, mas pode também ser que estejamos, de fato, diante de fenômenos associados ao *mundus imaginalis* e em contato com uma dimensão transcendental, invisível para a maioria das pessoas, mas que influencia no cotidiano de muitos cidadãos, dando sentido e até mesmo segurança e equilíbrio físico, mental e emocional, promovendo a metanoia e, portanto, facilitando o processo de individuação e de autorrealização daquela pessoa, objetivos também da Antropolítica do (re)envolvimento humano.

Em suma, quando o processo educativo passa a respeitar e valorizar o cotidiano, a história de vida, os valores pessoais e a singularidade de cada pessoa envolvida, como acontece nos projetos de anima-ção cultural realizados pela ONGCSF, o tema espiritualidade costuma aparecer com destaque. Reflexões sobre transcendentalismo, vida após a morte e outros assuntos espiritualistas costumam ser amplamente discutidos. Obviamente que não estamos aqui defendendo a reintrodução de um ensino voltado para doutrinação ou para proselitismo religioso, mas compreendendo que a espiritualidade é um dos assuntos que mais intrigam a humanidade, pois lida diretamente com questões básicas: *Quem somos? De onde viemos? Para onde vamos?* não há motivo para negligenciar essa dimensão da vida humanizada na Educação Popular.

Além da Meditação Integrativa, que faz parte da Terapia Vibracional Integrativa, criada na própria ONGCSF, esta organização do terceiro setor oferece à comunidade, gratuitamente, vivências de yoga, massagem e constelação familiar dentro do mesmo princípio, ou seja, buscando sempre valorizar a autonomia, a participação popular, a conscientização, a amorosidade, a dialogia e a preocupação ética e de respeito ao Outro, fundamentos da Antropolítica do (re)envolvimento humano e caros à Educação Popular freiriana.

Referências

- DURAND, G. *As estruturas antropológicas do imaginário*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- ELIADE, M. *O sagrado e o profano*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- FREIRE, P. *Educação como prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- JUNG, C. G. *A vida simbólica*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MARQUES, A. *Nossas lembranças mais pessoais podem vir morar aqui: sociagogia do (re)envolvimento e anima-ção cultural*. (Doutorado). São Paulo: Feusp, 2003.
- MORIN, E. *Introdução à política do homem*. Rio de Janeiro: Forense, s.d.

*Caminhos de uma formação profissional sensível
aos sentimentos e às necessidades das pessoas:
reflexões a partir de uma história de vida*

Ernande Valentim do Prado*
Daniela Gomes de Brito Carneiro†
Eymard Mourão Vasconcelos‡

Questões que instigaram essa reflexão

OUVI DIZER¹ que no Pantanal havia um enfermeiro que, em determinada época do ano, ficava ilhado em seu local de trabalho, o qual passava a ser o local de sua moradia. Nessa época,

* Enfermeiro; educador popular; membro do Grupo de pesquisa em Educação Popular em Saúde e da Rede de Educação Popular e Saúde; Autor da Dissertação *Estamos construindo uma catedral*, que deu origem ao texto atual. Trabalhou com Mara e escreveu a transcrição da entrevista que deu origem à história.

† Nutricionista; defensora da Atenção Básica em Saúde; cursou mestrado em Educação no mesmo período e turma de Ernande. Entrevistou Mara, formatou os objetivos, escreveu a introdução e conclusão e editou a transcrição. Ambos os autores são responsáveis pelo resultado final.

‡ Médico, com mestrado em Educação, doutorado em Medicina Tropical e pós-doutorado em Saúde Pública. É professor aposentado da Universidade Federal da Paraíba e pesquisador do Projeto de Pesquisa e Extensão Vivências de Extensão em Educação Popular no SUS (Vepop-SUS). Atuou por muitos anos como professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB, onde, entre outras teses de doutorado e dissertações de mestrado, orientou essa pesquisa de Ernande.

1 Por vezes a narrativa do texto aparecerá na primeira pessoa do singular, em virtude de este texto ter como fonte primeira a dissertação de mestrado de um dos autores. Estes trechos são reflexões individuais deste autor.

todos os dias pela manhã, ele pegava um bote e saía para atender a população da região. Essa história, que pode até não ser totalmente verdadeira, é muito impressionante, pois expressa uma dedicação ao trabalho quase heroica. Sair de barco pelas águas e terras ribeirinhas, habitadas por tantos animais selvagens do Pantanal, tem riscos. É extenuante. Mas nós que convivemos com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) há muitos anos, sabemos que se trata de uma bonita história ilustrativa de um tipo de profissional que, volta e meia, encontramos. Há profissionais que trabalham em condições até mais difíceis, desafiadoras e sem as belezas do Pantanal. Que motivação se tem para trabalhar nessas condições? Como essa dedicação foi aprendida e ensinada em seu processo de formação?

A história da Educação Popular em Saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sempre andaram paralelas, como pode ser mais bem observado no livro *A medicina e o pobre*, de Eymard Mourão Vasconcelos (1987), por exemplo. O envolvimento de professores, estudantes e técnicos da área da saúde com a Educação Popular se inicia na década de 1970, época em que também surgiam as articulações iniciais do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Muitos foram personagens desses dois movimentos, simultaneamente; a maioria, de forma anônima.

Legalmente, o SUS nasce com a Constituição Federal de 1988 e é regulamentado em 1990, por meio da Lei n.º 8.080/1990. No entanto, esse delineamento legal e as subsequentes normatizações institucionais não foram, não são e nem serão, suficientes para garantir o funcionamento do SUS dentro de seus princípios e utopias. O dinamismo do SUS é também construído pela motivação e cultura de seus profissionais, a pressão de movimentos sociais e organizações políticas e as condições políticas e econômicas da nação.

Existem muitas pesquisas no Brasil que tentam compreender essa complexidade de fatores determinantes para a grande

distância entre o que está anunciado nas leis e normas que formataram o SUS e a realidade de suas práticas cotidianas. Entre os elementos levantados nessas pesquisas, podemos destacar a insistência na questão da inadequação do perfil de seus profissionais para as novas exigências de trabalho em saúde de forma integrada com as comunidades e outras políticas sociais, orientado por uma perspectiva de integralidade e que articule ações de cura, cuidado, prevenção e promoção da saúde. Segundo Vasconcelos, Cruz & Prado (2016), isso tem demandado novas necessidades de abordagem e ação profissional, bem como tem desvelado, de maneira mais contundente, pressões e demandas da população que a tradição teórica e prática das diversas profissões de saúde não está preparada para responder. Insatisfações, cobranças e insuficiências quanto aos modos de agir em saúde no cotidiano dos vários serviços e territórios criaram um clima cultural e político propício para a expansão de muitas diferentes iniciativas e de propostas de mudança no ensino em saúde.

Nas novas discussões sobre a formação profissional, nas universidades, escolas técnicas e setores responsáveis por processos de educação permanente nos serviços de saúde, uma dimensão tem intrigado os educadores. Percebemos que a motivação, dedicação e disponibilidade para o envolvimento e aprendizado com as pessoas e comunidades assistidas, pelos profissionais, é uma dimensão fundamental do novo perfil do trabalhador de saúde. Contudo, trata-se de qualidades complexas, determinadas por fatores subjetivos e sociais que parecem estar além dos processos de ensino usualmente discutidos no planejamento curricular. Como repensar os processos de formação profissional para que esses elementos sejam valorizados?

A pedagogia costuma ressaltar que os processos educativos se constituem de duas dimensões: o ensino e o aprendizado. Educadores e gestores têm-se preocupado essencialmente com os processos e estratégias de ensino. Mas o aprendizado passa por caminhos muitas vezes diferentes do que foi ensinado de forma

conscientemente planejada. Se estamos com dificuldade de entender os caminhos de um ensino profissional que valorize e fortaleça o compromisso, o envolvimento, a dedicação e a sensibilidade às pessoas e às comunidades e seus movimentos, talvez seja momento de pesquisarmos mais os caminhos de aprendizado dos inúmeros profissionais que, no SUS, a despeito de tantas dificuldades, oposições e limitações, têm-se destacado por essas qualidades.

Como trabalhadores e como usuários do sistema de saúde, já estivemos em diversos serviços: públicos, privados, lucrativos, filantrópicos, de prevenção e de tratamento e/ou reabilitação. Alguns com estruturas invejáveis, espaços, equipamentos, insumos e até decoração, mas o cuidado, aquele que não se confunde com mera assistência, não acontecia como deveria. Em outros, faltava quase tudo: cadeiras, insumos e até espaço, mas o cuidado acontecia. Percebemos que o que mais parece fazer diferença não são as “coisas”, mas a dedicação com que a equipe se dedica a elas e, principalmente, como elas são utilizadas em benefício do cuidar. Freire (2006) diz que é necessário ser ético e comprometido com as mudanças sociais e, assim, tornar-se agente de mudança, fazer parte da história e não apenas nela estar e é isso que parecem estar fazendo alguns profissionais.

Pessoas comprometidas com o SUS existem de forma difusa e diversa. Porém, alguns parecem mais comprometidos com as ideias, as teorias e as normas racionalizadoras do que com o cuidado de pessoas reais. Não é esse nosso foco.

O conhecimento de diversas histórias de vida de profissionais de saúde leva-nos a crer que o enfermeiro que fica ilhado no Pantanal, pode estar fazendo isso por diversas crenças e sentimentos diferentes, como dever profissional, “missão divina”, compromisso com as promessas da MRSB, pelos princípios da Educação Popular, por solidariedade com o próximo, compromisso político, entre outros. Mas como essas crenças, sentimentos e compromissos foram construídos e ganharam força em sua trajetória de vida?

Essas questões motivaram a dissertação de mestrado *Estamos construindo uma catedral*, onde se investigou histórias de vida de três trabalhadoras de saúde que demonstravam esses e outros compromissos descritos. Neste texto exporemos um recorte da dissertação, ou seja, apresentaremos a história de vida de Mara, como denominaremos essa mulher. Ela demonstra algumas características que julgamos importantes para construir o SUS que a população realmente precisa. Na história de vida de Mara fica demonstrado como foi construído esse perfil e dá pistas para repensar as formas de estruturar a aprendizagem/ensino aos futuros profissionais.

A história de Mara foi elaborada com base em longa entrevista feita em 2014. O vídeo foi transcrito² e transcriado,³ de forma que possibilitasse a elaboração do texto. A história oral é uma das principais formas de pesquisar o sentido e os processos de aprendizado da experiência humana, porém não deve ser tomada como “verdade” vivida pelos entrevistados, entendendo que não existe uma verdade objetiva em história oral e nem em ciência de um modo geral, mas aproximações, como fala Minayo (2010) e Capra (1996).

O primeiro encontro com Mara⁴

Quando trabalhei na Bahia, fiquei encantado com a postura da equipe da Secretaria de Saúde. Foi esse encanto que me levou a integrar a Gerência de Atenção à Saúde. Primeiro, conheci as

2 Transcrever pode ser definido como passar a fala do entrevistado do oral para a escrita. Geralmente, isso é feito respeitando cada uma das palavras ditas, as repetições e redundância da oralidade, as informalidades da fala.

3 Transcriar pode ser definido como transformar o que foi transcrito em texto compreensível para quem lê. O objetivo não é mudar o que foi falado, mas melhor comunicar o que pretendia dizer o entrevistado. Usa-se esse processo porque a fala, ao ser vertida para a escrita, geralmente perde seu sentido original e precisa ser reelaborada. Esta reelaboração recebe o nome de transcrição. A metáfora da água que se transforma em vapor, parece apropriada para explicar a transcrição: o vapor tem outra forma e é vivenciada de modo bem distinto do líquido, mas não deixa de ser água. Meihy & Holanda (2013).

4 Aqui, relata-se a experiência de um dos autores do texto (Ernade Valentim) durante suas vivências na Bahia e seu contato com Mara.

pessoas com quem trabalharia diretamente, as que me convidaram e apresentaram ao grupo. Elas explicaram o que pretendiam na cidade, suas utopias, projetos, metas, sonhos de uma sociedade mais justa, que segundo elas, este grupo estava ajudando a construir. Por fim, frisaram que não estavam me oferecendo somente um emprego, mas uma oportunidade para fazer parte disso.

Mara⁵ era parte desse grupo; uma mulher de cara alegre que circulava com extrema agilidade por toda parte; parecia que se materializava do nada nos lugares. Mas ela “não dava ousadia” (para usar uma expressão dela mesma), não se aproximava e nem deixava que se aproximassem dela tão facilmente. Parecia estar sondando, investigando se valia a pena o encontro. Aos poucos, foi confiando. . .

Um dia, chegou até mim uma situação complicada envolvendo uma usuária do Caps, ou melhor, uma senhora que deveria ser atendida pelo Caps, mas não era. Aliás, a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) não sabia que ela existia; o serviço social a ignorava; o conselho tutelar havia desistido do caso. Uma coordenadora de um desses serviços chegou a dizer: “a paciente não adere ao tratamento”.

Enfim, todo o complexo de assistência pública já havia lavado as mãos, menos uma vizinha, que, certo dia, bateu à porta da coordenação da Atenção Básica. Nesta época, Mara era secretária adjunta de saúde do mesmo município:

— Mas, rapá! — disse Mara. E começou a tomar providências.

Mara convocou uma reunião com todos os órgãos de assistência que estavam falhando no cuidado daquela senhora. Juntos, tentamos fazê-los entender que “a paciente” não tinha de aderir ao tratamento, mas a equipe.

18 Nome fictício, escolhido de forma proposital, para lembrar Maravilha. Todas as transcrições e transcrições foram feitas seguindo, como padrão, o uso de travessão para as falas de Mara; o uso de aspas ocorre quando há comentários dos autores envolvidos.

O problema exigia muito “jogo de cintura”, muita fé, muitas frentes de ação, vencer muito descaso, preconceitos e sentidos comuns perigosos. Foi nesse processo que, para mim, um pouco da história tão intensa de Mara foi se revelando. E é sobre essa história que falaremos neste texto.

Quem é Mara?

Mara é solteira e não tem filhos. É formada em Psicologia desde 2005, tem especialização em Saúde Pública, com ênfase em Estratégia Saúde da Família (ESF), em Saúde Mental e em Gestão em Saúde. Em janeiro de 2014, assumiu um concurso público e passou a trabalhar vinte horas semanais:

— É a primeira vez que vou trabalhar como gente normal!

Desde o final de 2011, está prometendo à família que irá parar um pouco, que irá priorizar o cuidado com a saúde, mas sempre acontece alguma coisa que a impede de diminuir o ritmo de trabalho; novos desafios e enfrentamentos surgem e se tornam prioridades.

O que torna alguns profissionais tão envolvidos com os desafios do trabalho em saúde voltado para grupos sociais distantes de sua origem e de seu ambiente de convívio pessoal?

A preocupação da família se justificava, porque, aos trinta e dois anos, Mara teve câncer de mama. Foi uma surpresa, um baque inesperado, mas ela se manteve firme, apesar de “não compreender o que Deus queria dizer com aquilo”. Manteve-se ativa e ativa, continuou trabalhando durante o tratamento. Nessa época, trabalhava em uma ilha na região metropolitana de Salvador. Às vezes, entre uma reunião e outra, parava, pegava a balsa, atravessava a baía que separava as duas cidades, fazia a quimioterapia e voltava.

— Se eu não trabalhasse seria o quê, só o câncer?

Mas não pôde manter o mesmo ritmo de antes da doença, precisou desacelerar um pouco, também mudar de setor e de

função. Na época, era coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de uma cidade da Região Metropolitana de Salvador. Adorava o que fazia, porém, o contato com os doentes não era aconselhável em sua condição de baixa imunidade. Por causa disso, passou a trabalhar na gestão do Centro, como assessora do recém-empossado secretário de Saúde da cidade. Foi neste momento que conheceu o grupo de sanitaristas com quem, desde então, tem trabalhado, e dividido sonhos, utopias, objetivos, metas, militância em torno da ideia de construir uma sociedade mais justa.

Em certo sentido, o câncer foi libertador e melhorou Mara como pessoa, como profissional do SUS. Com ele, passou a conhecer os dois lados dos processos: a teoria e a prática, a visão da gestora e da usuária do serviço. Antes, achava que, se uma pessoa tinha câncer, bastava dar a Van para levá-la à quimioterapia, ser atento e humanizado e fornecer informações relevantes e precisas, porque é o “fim da picada” o usuário ficar andando de um lado para o outro, além de não ter boas orientações. Resolvendo isso, estava tudo certo, era o necessário e bastava. Porém, sentindo na própria pele o que é ter uma doença tão séria e debilitante, física e moralmente, percebeu que tudo que se faz, nos casos de câncer, mas não apenas neles, pode ainda ser pouco. Não é exatamente a estrutura que faz a diferença no tratar com as pessoas; não basta ser educado, dar as informações corretas e garantir o transporte. Tudo o que se faz, que se dá, ainda é pouco. Percebeu que é possível ser barreira de acesso com muita educação.

— O que faz a diferença é a disponibilidade, é tomar cuidado com os buracos da estrada, ser mais compreensiva, solidária. Você sabe que a pessoa está fraca, e se em sua sala só tem uma cadeira, então levanta, cede seu lugar, mesmo que tenha de ficar em pé.

A formação profissional acontecia em seu próprio viver, no enfrentamento reflexivo das dificuldades e dilemas que a existência lhe trazia. Profissionais e pacientes são seres humanos de forma semelhante. Mas nem todos os profissionais têm essa vontade e disponibilidade aprender com os dramas do existir, nem o movi-

mento de aproveitar os ensinamentos de sua vida privada para o aprimoramento do trabalho profissional, talvez por o encararem como uma ação técnica, como apenas uma forma de pôr em operação o que é aprendido, com dedicação, nos manuais. Como trazer, para os processos de formação profissional, os aprendizados e reflexões da vida pessoal, para melhor compreensão das pessoas que cuidamos? A maior parte dos cursos e disciplinas não cria espaço para essa integração. Todos os estudantes vivem dilemas e dramas pessoais, mas não há espaço para essa dimensão do existir e de a saúde ser acolhida na discussão de problemas semelhantes dos pacientes.

Assumir o concurso na capital não era o mais profundo desejo do seu coração, mas era o que Mara sentia que precisava fazer naquele momento, era o que vinha prometendo para si mesma, para a família e para os amigos. Todavia, no intervalo entre deixar um trabalho e iniciar outro, Mara recebeu convite para coordenar, no estado, um curso voltado à inserção da saúde mental na atenção básica. Era um curso ofertado pelo Ministério da Saúde aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Como recusar uma proposta que fazia parte de seus sonhos, desde sempre, para o SUS?

Além disso, a proposta financeira era excelente. Trabalharia quarenta horas por semana e receberia uma bolsa de pesquisa com o dobro do valor mensal que recebia anteriormente na gestão, e quase três vezes o valor do que receberia assumindo o concurso de vinte horas. Mais uma vez, Mara adiou o cuidado que precisava ter consigo mesma.

Esse projeto correspondia ao que Mara esperava; nele, pôde contribuir com algo que acredita profundamente, ou seja, que os problemas de saúde mental pudessem ser reconhecidos como sendo do âmbito da ESF. No entanto, mesmo Mara não tendo perdido a empolgação inicial e continuado vendo nele possibilidades de contribuir para a visibilização do indivíduo com problemas psiquiátricos na ESF, não pôde permanecer por muito tempo, ficou no projeto apenas oito meses.

A verdade é que Mara nem deveria ter começado tal empreitada, dada sua recente experiência com o câncer! Embora o trabalho tenha aliviado todo o tratamento terapêutico, ela sabia que não fazia bem à sua saúde trabalhar tanto. Mas como resistir a uma proposta que mobilizava todo seu ser, que despertava sua curiosidade, paixão pelo tema, proposta que desafiava suas convicções e, ainda por cima, representava um ganho financeiro que nunca teve antes?

No SUS, tem gente que trabalha demais enquanto outros nem tanto. Mara fazia parte do primeiro grupo. Chegou, durante muito tempo, a trabalhar sessenta e até oitenta horas semanais.

— Não consigo separar meus sonhos profissionais dos sonhos pessoais. Sou uma pessoa só. Não tenho como separar o que sou no trabalho do que sou na vida pessoal.

Algumas vezes se questionava se valia a pena tanto sacrifício, ao mesmo tempo que pensava:

— Se a gente não fizer isso, a dona Maria, sem dente, vai contar com quem?

A família de Mara nem sempre aceita seus argumentos, porque não compreendem que essa luta não é só dela, que há um grupo e que Mara precisa ser fiel a ele.

— Se eu saio, alguém vai ter de fazer sozinho — diz Mara, com convicção.

A solidariedade, o companheirismo, a amizade, a certeza de que não se trata de uma luta solitária, que não está sozinha neste caminho, aliados à certeza de que existe um SUS que dá certo e pode ser visto todo dia, não lhe deixam fraquejar, não deixam desistir. Além disso, sabe que essa luta não é de curto prazo e exige persistência e militância.

O ensino em saúde enfatiza o individualismo, com cada estudante buscando as melhores notas e quase sempre sendo avaliado isoladamente. A competição é valorizada no mercado de trabalho capitalista, grande referência no imaginário profissional dos estudantes. Mas o trabalho solidário, a criação conjunta de soluções, o desvendar coletivamente os mistérios da existência e o agir

coletivo com companheiros identificados com utopias semelhantes são fontes de grande realização humana. O ser humano é um ser social. Ele se realiza socialmente. Como trazer para o ensino essa motivação descoberta por Mara em seu trabalho? Como propiciar nos processos de formação esta experiência fascinantemente motivadora do trabalho coletivo e integrado no enfrentamento de desafios comuns e não apenas para ganhar melhor nota individual?

De onde vêm os valores de Mara?

Ao longo da vida, Mara sempre teve muitos exemplos a seguir, a ponto de dizer que nada do que é hoje é realmente seu e tudo que faz é uma continuidade do que outros já faziam. Sobre o SUS, que se tornou uma grande paixão em sua vida, começou a aprender com a professora que admirava no curso de graduação, na disciplina de Psicologia Social. Depois aprendeu mais no curso de especialização, com os colegas e, finalmente, com os usuários. O SUS não é só um trabalho, é um embate ideológico em que não está sozinha, nem nunca esteve. Sempre encontrou outras pessoas que já estavam fazendo algo e se juntou a elas.

Há um diverso movimento social de indignados com a injustiça social e de buscadores de uma sociedade mais solidária que são grande fonte de aprendizado. Grande parte desse aprendizado ocorre fora dos espaços formativos institucionalizados, mas a escola pode propiciar o contato com esses movimentos e com essas pessoas indignadas e buscadoras, que nem todos os estudantes têm oportunidade de encontrar na vida. Pode torná-los tema de estudo e reflexão.

Esses exemplos fundadores de sua atitude militante e comprometida vêm de muitos lugares, de muitas pessoas, mas parecem ter começado em sua própria casa.

— Com minha mãe, aprendi o senso de responsabilidade, de planejamento, de retidão com as coisas e pessoas, o compromisso com o trabalho.

O compromisso com seu grupo, com os colegas, com os usuários, esse respeito e responsabilidade com o que faz, Mara sempre teve.

— Aprendi, na família, que sempre devo fazer o melhor e levei isso para o SUS. Talvez essas pessoas que não fazem desta forma, talvez seja porque não tiveram as mesmas oportunidades que eu de aprender, com a família, nem na graduação. . . A graduação não ajuda na formação do compromisso. A gestão poderia fazer isso pelo trabalhador, mas também não faz.

Como Mara diz, nem todos têm essas referências familiares, mas elas podem ser encontradas em outras etapas da vida.

Desde criança, Mara foi estudiosa. “Estudar era um valor familiar, estudar nunca foi um peso, mas uma diversão”. A avó materna era analfabeta e muito pobre, mas tinha consciência de que era a educação que mudaria socialmente a vida da família e efetivamente mudou. Da geração da mãe às seguintes, todos estudaram e passaram, em frente, a consciência de que precisavam fazer mais do que a avó fez, já que estavam em melhores condições. A mãe, as tias são professoras, assim como quase toda a família. O pai fez seminário e frequentava universidades durante o movimento estudantil, para chamar os estudantes à luta. Ele não concluiu nenhum curso, embora, por muito tempo, Mara tenha acreditado que ele era formado como sociólogo, historiador ou filósofo, tamanho era o conhecimento que possuía.

— Meu pai participou da luta armada pela democracia no Brasil, mas não sei dizer se pegou de fato em armas, mas pelo que conheço dele, acho bem provável que sim.

O pai foi preso político por dois anos, quando tinha entre dezenove e vinte e um anos. Foi onde a mãe de Mara o conheceu, durante visita, na qual acompanhava uma amiga que tinha ido ver o namorado.

— Muitos princípios políticos que tenho hoje, essa postura diante do mundo de me revoltar com injustiças, de ser solidária, vem de meu pai.

Mara cresceu ouvindo seu pai contar histórias sobre lutar contra as injustiças, de não se corromper, de lutar contra o sistema. Ele contava sobre sua luta contra a ditadura. As histórias que embalavam o sono de Mara e das irmãs, para ter uma ideia, eram “Pedro pedreiro” e “Geni e o zepelim”.⁶ Hoje ela diz que apenas dá continuidade a essa luta no SUS que aprendeu com seu pai. Acha até que, por ser uma luta ideológica, é bem mais fácil que a do pai, que era uma luta corporal.

— Em momentos em que sentia o peso desta luta ideológica [no SUS] e pensava em desistir, me lembrava de meu pai e de todos os que lutaram para que hoje eu pudesse usufruir de liberdade. Nesse momento, o que parecia pesado, árduo e difícil, ganhava leveza.

Mara confirma o que educadores e antropólogos ressaltam: a importância da vida familiar na formação humana. A escola e os processos educativos nos serviços atuam a partir de aprendizados muito significativos e arraigados já realizados em outras instâncias da vida social, mas pouco se esforçam para compreender os saberes e valores já trazidos pelos estudantes. Um processo educativo mais profundo requer a criação de espaços para esses saberes e valores se manifestarem e dialogarem com os saberes curriculares.

Em casa, na relação com vizinhos, amigos, conhecidos, babás e empregadas, Mara lembra-se de ver o pai dando oportunidades às pessoas para estudar, crescer e mudar de vida. Isso apesar de a vida financeira da família ser instável. O pai não tinha muito planejamento com dinheiro, não pensavam muito em longo prazo. Quando criança, Mara não conseguia entender o que acontecia. Durante sua infância e adolescência, viu o pai trabalhar em diversas coisas, por exemplo, como marmorista. Por um tempo, trabalhou tocando obras em prefeituras do interior do estado da Bahia e viajava muito. Ficava fora de casa de dez a quinze dias. Só recebia quando acabava o serviço e gastava tudo de uma vez. Em

19 Música de peças de Chico Buarque. O pai de Mara, contava as histórias das letras da música como se fossem reais, depois concluía cantando as músicas.

um momento, podíamos ter tudo: tomar iogurte, vestir as melhores roupas, morar nos melhores bairros, ter os melhores carros; em poucos meses, não ter nada: ter de vender o carro, mudar de casa, de bairro. Mara acredita que essa instabilidade financeira, essa forma como seu pai levava a vida, entre outras questões de relacionamento, acabou ocasionando a separação dos pais em 1992. Em decorrência disto, ela e as irmãs tiveram de “adultecer” antes da hora. Esse processo não foi fácil, como não é fácil para nenhuma família.

Quando precisou escolher o que estudar na faculdade, Mara ficou em dúvida entre Psicologia e Música, mas optou por Psicologia porque poderia continuar com a música mesmo sendo psicóloga, como disse o pai.

Mara tinha uma relação próxima com um primo autista desde seu nascimento, “mesmo para os parâmetros de um autista”. À medida que foram crescendo, foi se interessando pelo trabalho da psicóloga dele, que nem chegou a conhecer, mas via os resultados do trabalho dela no primo. Essa foi sua primeira motivação na escolha do curso.

Usualmente os problemas familiares e do grupo social são encarados como entraves a uma vida plena, mas, muitas vezes, são portas para novos conhecimentos e perspectivas de vida. Para isso é necessária uma atitude de abertura, sem apegos ao que se imagina ser correto ou ser merecimento, saindo de um modo lamuriante de ser. Trata-se de uma atitude que tem sido difundida socialmente principalmente pelas tradições espirituais. Felizmente, a dimensão espiritual vem sendo, de forma crescente, valorizada internacionalmente nos cursos universitários de saúde e nos processos de educação permanente.

Mara fez vestibular no Rio de Janeiro, em 1995. Era bolsista numa universidade privada e lá ficou por seis semestres, mas desistiu, porque não conseguia se identificar com a linha do curso, que se direcionava para a psicanálise e para o atendimento em consultório. Não sabia exatamente o que queria, mas sabia que não era o que estava estudando.

Saberes e valores, ambos aprendidos, manifestam-se usualmente como incômodos difusos diante de situações e caminhos vividos. Esses incômodos, sem clareza objetiva, gritam e forçam a mudanças que, apenas muito tempo depois, compreende-se e se percebe sua sabedoria. Nem todos os saberes e valores significativos se expressam de forma clara, racional e lógica. Os processos educacionais precisam valorizar, acolher e dialogar com esses incômodos e vontades que pulsam forte sem conseguirem explicar-se objetivamente. A arte, a poesia, o acolhimento afetuoso e as dinâmicas sensíveis ajudam sua expressão de forma mais compreensível no diálogo educativo.

Nesse momento, Mara se mudou para Bahia e passou a morar com o pai, que se mudara para a capital depois do divórcio.

— Durante a graduação em Psicologia, passei por mais um momento de transição financeira na família, saindo de um bairro nobre de Salvador para morar num quarto alugado próximo à faculdade. Mais uma vez, o apoio financeiro solidário da família, principalmente de tias, foi fundamental nesse processo. Participei de todos os estágios curriculares e extracurriculares possíveis e me sustentei psicologicamente através dos estudos.

A experiência da importância da solidariedade social na vida pessoal colabora para a valorização do trabalho solidário na prática profissional. Não são só os conteúdos curriculares que formatam o agir profissional. Esta integração entre saberes e valores pessoais e os conteúdos e valores curriculares precisa ter um espaço de elaboração planejada nos processos formativos para que não ocorram apenas de forma inconsciente e impulsiva.

Apesar das dificuldades que enfrentou na Bahia, Mara, nesta nova faculdade, também particular, que conseguiu graças ao financiamento estudantil, redescobriu a Psicologia. Pôde estudar as várias perspectivas (linhas) teóricas e metodológicas da Psicologia antes de optar por uma delas. Mesmo sem ter muita noção do que era Saúde Coletiva, já sabia que não queria ficar com sua ação restrita aos consultórios (era no consultório que queria ficar.)

Foi neste período que se identificou com a professora da disciplina de Psicologia Comunitária pelo rigor e compromisso social que identificava nela. “Ela chamava a atenção para os excluídos e marginalizados, e eu comecei a me identificar com suas ideias.”

Essa preocupação com os excluídos e marginalizados, a preocupação com os problemas sociais não é de todos os estudantes, nem de todos os professores, porém não era coisa nova na vida de Mara; já vinha da adolescência, quando se achava “velha” e pensava que os colegas eram alienados. Parte dessas diferenças vinha da relação com o pai, de sua vivência religiosa, do convívio com um tio padre e uma tia freira. Sobre essa vivência religiosa, voltaremos a falar. . .

Valores e preocupações sociais aprendidos na vida familiar e comunitária dos educandos precisam encontrar correspondência e apoio nos processos de formação profissional para que se consiga fazer uma ponte clara e elaborada com os caminhos e possibilidades de atuação no trabalho.

— Ser diferente é a história da minha vida, da minha avó, do meu pai, da minha mãe, dos amigos e das pessoas que eu descobri. Isso não é uma coisa minha. Onde minha irmã está, é diferente porque ela é diferente também.

A experiência religiosa, o trabalho social na igreja, as ações voluntárias com pessoas carentes, aula de reforço escolar em favelas, trabalho com crianças com HIV, isso era uma constante na vida de Mara, mesmo antes de entrar na faculdade. Esse fazer voluntário foi na verdade onde mais aprendeu sobre mobilização social e liderança.

— Dá para aprender em toda parte, com tudo, com pessoas diferentes, de lugares diferentes, de classes sociais diferentes, mas precisa disponibilidade em olhar para o mundo sem preconceito e querer aprender. Isso descobri com minha família. Nada é realmente meu, sou apenas fruto deste meio.

Na faculdade, não ficou isolada em suas diferenças. Formou um grupo: havia um homossexual, que se achava discriminado;

uma senhora que era revoltada; o colega mais esperto que todos, que não tinha paciência com o grupo; uma com paralisia cerebral; uma com voz estranha; “a veterana, que chegou do Rio de Janeiro e não tinha saco com adolescentes”. Eles tinham dificuldade de comprar os livros, participar dos eventos, dos congressos. Conversaram e decidiram conscientemente encarar as diferenças, as dificuldades e ser amigos.

A universidade é um espaço de formação humana muito mais importante do que é normalmente percebido. Nunca foi apenas um espaço de treinamento profissional e técnico. Jovens vêm de ambientes familiares e comunitários limitados e ali encontram correntes diversas do pensamento, aproximam de métodos mais científicos de conhecer e investigar, são apresentados a livros e autores novos e convivem com professores e colegas com hábitos, valores, costumes e formas de lidar com a vida, extremamente diferentes. A juventude é uma etapa da vida marcada por muitas inquietações, buscas e questionamentos, que são feitos com extrema vitalidade, ajudando a criar um ambiente de intensas interações, encontros e conseqüentemente de muito aprendizado. No movimento estudantil universitário, estruturam-se iniciativas pioneiras, que se constituem em projetos e identidades de vida que se desdobram após a formatura. Ali, os jovens se aproximam do que é universal. A vida universitária tem, assim, uma fascinante efervescência.

O encontro de Mara com os ideais do SUS

Mara concluiu a graduação em 2005. Na época, não era muito fácil uma psicóloga conseguir emprego. Houve muita dificuldade. Em toda parte, pedia-se experiência. Por isso, decidiu fazer uma especialização. Não tinha muita opção, uma vez que, em sua casa, era regra: quem não trabalha, estuda. Assim, foi fazer especialização em Saúde Pública com ênfase no Programa de Saúde

da Família (PSF), como era chamado na época. Nesse curso, conheceu o SUS. Na Faculdade de Psicologia, fazia trabalhos na Estratégia Saúde da Família, mas ainda não havia perspectiva de psicólogo na Atenção Básica, era apenas um complemento, quase um “favor da instituição” para com os alunos e, mesmo assim, não se dava muita atenção.

— O curso foi escolhido, porque era o primeiro e mais rápido a começar, na época.

Praticamente todos os alunos do curso eram profissionais com experiência no SUS, o que criava um ambiente poliqueixoso (de muitas queixas) em relação à realidade vivenciada na prática dos serviços. Apenas Mara e uma amiga não tinham experiência. Mesmo assim, foi o suficiente para ela se encantar com os princípios do SUS e virar a piada na sala, ao descobrir a existência do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que não imaginava existir.

— Durante o curso, consegui associar os conhecimentos da matéria de Psicologia Comunitária com o trabalho no SUS, e foi aí que me encontrei de verdade com a Psicologia e com o SUS.

Os caminhos e trajetórias profissionais vão se delineando por escolhas e passos feitos por razões circunstanciais e oportunidades ocasionais, gerando modos de atuação não planejados previamente.

Para arrumar emprego, Mara distribuiu seu currículo entre os colegas da especialização e em cidades do interior, até que foi chamada para uma entrevista e finalmente contratada. Isso foi em 2006. Porém, antes de começar a trabalhar, houve um incêndio na casa em que Mara cresceu. Toda a família perdeu bens simbólicos, materiais e financeiros, bem como memórias concretas.

— Essa foi a perda mais difícil de lidar. Tinha medo de esquecer de algumas coisas, não tinha mais nada velho comigo, nada antigo.

Para se reestabelecer, a família contou com a ajuda de muitas pessoas, amigas e até desconhecidas.

Não há saudosismo na fala e nem na voz de Mara quando ela conta essa situação. É apenas mais uma história. Não tem alegria em sua expressão, também não tem mágoa ou ressentimentos, mas tem aprendizado:

— Quando você perde tudo, sabe exatamente do que precisa.

Ficou mais disponível para as mudanças exigidas pela nova fase da vida, agora como profissional.

Na cidade onde Mara foi trabalhar, a prefeitura alugou uma casa, na qual os profissionais vindos de outras localidades moravam juntos. Tinha muita gente de movimentos sociais, profissionais do Caps, onde ela trabalhava, da ESF, do hospital, da gestão, da assistência farmacêutica, até o secretário de Agricultura morava na mesma casa. O ambiente era muito estimulante, porque não era só trabalho; para algumas pessoas, era a chance de fazer coisas diferentes em uma gestão democrática e popular do Partido dos Trabalhadores (PT). As discussões eram ricas, e os trabalhos iam se misturando. O secretário de Agricultura desenvolveu uma horta com produtos orgânicos no Caps, por exemplo.

— Tudo isso me deixava muito empolgada com o SUS e com as possibilidades de futuro.

O trabalho é muito mais que um emprego para obter sustento material para a vida pessoal. Trabalho é local de socialização, amizade, encontro com pessoas e ideias diferentes, aprendizado, conflito, etc. O ser humano é um ser social que se realiza na convivência ampla e também no trabalho que constrói a partir de projetos que mobilizam. Infelizmente muitos trabalhos profissionais são alienados e opressivos, desconstruindo as ricas possibilidades de realização e aprendizado.

A psicologia lhe ensinou a ser psicóloga de consultório, deu-lhe habilitação legal para exercer a profissão, mas aprendeu de verdade a ser profissional de saúde, a ser sanitarista com os usuários do SUS.

O vínculo de trabalho nessa cidade (como em inúmeras outras prefeituras) era precário: não tinha sequer contrato, mas o

aprendizado e as trocas com os colegas serviram de importantes referências para as experiências futuras. Ao deixar esse primeiro emprego, por ter sido aprovada em um concurso público em outra cidade do interior, Mara passou a trabalhar no Centro de Referência em Assistência Social (Cras) e no Conselho Tutelar. Neste emprego descobriu que fome provoca depressão, mas também aprendeu que uma pessoa com fome não precisa somente de psicóloga, precisa também de comida. As reflexões sobre a dinâmica subjetiva aprendidas na psicologia são importantes para entender muita coisa, mas a fome e outras situações dramáticas decorrentes da miséria humana trazem à tona realidades que nenhuma teoria consegue compreender.

— Lembro até hoje de uma mãe que foi ao meu consultório pedir, pelo amor de Deus, já que eu era “doutora de juízo”, para fazer um teste para descobrir se seu filho era lobisomem. O avô era o lobisomem da cidade, e o marido dela não era, porque a “lobisomice” pula uma geração, então o filho deveria ser o próximo lobisomem. Era um sofrimento real, processo depressivo mesmo. O filho sofria *bullying* na escola e na rua. Estavam batendo nele (rejeitando). Ninguém o queria por perto, porque ia fazer sete anos, e é nesta idade que a “lobisomice” se manifesta. Era crença generalizada: vários professores acreditavam nisso; a mãe acreditava, e até a criança acreditava que ia virar lobisomem. Era um sofrimento psíquico real a ponto da mãe querer mudar da cidade.

Mara deparou-se com essa situação e não sabia como lidar com o caso, porque na faculdade não estudou nada nem parecido. Pediu socorro para professores, propôs um grupo de estudo de caso e disseram-lhe que teria de estudar “lobisomice” e lá foi ela entender o que era lobisomice, o que significava, qual o sentido disso para as pessoas, o que a mãe queria dizer, porque independente de ser verdade ou não, era um sofrimento muito real. Ela tratou disso com todo o protocolo da psicologia exigido em qualquer outro caso: relatórios psicossociais, entre outros, tudo certinho conforme se aprende no curso de Psicologia.

— Aí, chamei a mãe e expliquei: eu fiz todos os testes de “lobisomice” que conheço, eu estudei, e seu filho não é lobisomem, não se preocupe. E vi o alívio na cara dessa mulher. Ela disse: “pelo amor de Deus, a senhora escreve isso pra mim?” E eu escrevi: *declaro, para os devidos fins, que o menor fulano de tal não é lobisomem.*

Este documento teve uma força grande na vida dessa mãe e dessa criança. Ela pegou o documento da “doutora”, que fez faculdade, e levou à escola para mostrar para todo mundo que o filho não era lobisomem.

— Eu não me esqueço disso, porque foi uma situação que “pirou” minha cabeça. Essa é só uma das muitas histórias que a gente enfrenta no dia a dia, e que nem Freud nem Jung dão conta e, aí, você tem de correr atrás, tem de aprender “na marra” como acontecem os processos na comunidade, como a influência da cultura afeta o psicológico, as atitudes individuais e coletivas.

A vida traz situações peculiares, imprevisíveis e surpreendentes. Para profissionais que aprenderam apenas pôr em operação procedimentos constantes nos manuais e nas situações mais usuais ensinadas, isso gera angústia e desânimo; até revolta contra a realidade. Mas para os que aprenderam a aprender com desafios novos, organizando pesquisas e buscas compartilhadas de soluções, isso é fonte de fascínio e motivação para o trabalho.

Mesmo sendo concursada nessa cidade, onde trabalhava no Cras, depois de um tempo, Mara pediu exoneração e voltou a trabalhar no mesmo Caps onde teve seu primeiro emprego, mas agora como coordenadora. Era onde mais e melhor se identificava. Preferiu o emprego precário, mas criativo e organizado em um ambiente de construção coletiva e solidária de novos caminhos profissionais.

Mesmo depois de certo tempo, mesmo tendo superado o problema da instabilidade do vínculo empregatício, por ter sido aprovada no concurso público da cidade, não ficou muito satisfeita, pois estava vivendo muito longe da família. Continuou estudando

para novos concursos e, um ano depois, foi aprovada em um processo seletivo para trabalhar em uma ilha na Região Metropolitana de Salvador, onde poderia ficar bem próxima da família, que havia se mudado para a capital do estado. A vida familiar tinha muita importância para Mara.

Nesta ilha da Região Metropolitana, a identificação, o vínculo ideológico, político, afetivo com o trabalho que se fazia, com as metas, os sonhos e as utopias dos novos colegas foi tão grande que, durante os próximos três anos, recusou-se a assumir novos concursos em outros lugares. Quando, após as eleições, o grupo todo precisou ir para outra cidade na mesma região, mesmo sendo concursada, demitiu-se e foi junto. Seguiu o conselho de sua mãe, que dizia: “É na juventude que se pode errar, é quando podemos escolher o trabalho em função do prazer e satisfação que ele nos proporciona. Aproveite enquanto pode fazer este tipo de «loucura» porque não é sempre que podemos trabalhar no que gostamos”.

O trabalho como caminho de uma vida de aventura, prazer e realização. Essa é uma opção de vida pouco usual em uma sociedade que enaltece o consumismo individualista. Mas uma opção ainda bem presente socialmente, porém, que exige uma relativização da busca sem-fim da posse de bens materiais como caminho de realização humana, propagandeada pelo capitalismo.

Desde essa época, Mara tem, como princípio, estar feliz e realizada no trabalho e por isso sempre se arriscou pelo que acredita.

— “Senti-me impelida a seguir os meus iguais”.

Neste novo município, ficou até mudar-se para Salvador em virtude da aprovação em mais um concurso público, este com carga horária de vinte horas semanais de trabalho.

Mara não ignora as contradições do SUS, que escolheu como centro de seu trabalho. Sabe do uso político da instituição e a diferença entre o SUS real e o idealizado pelo movimento sanitário. Já viu muita coisa feia, como por exemplo, unidades de saúde

serem instaladas em locais onde não seria o mais adequado, (isso) para beneficiar vereadores ou coordenadores escolhidos sem capacidade técnica para acomodar cabos eleitorais aliados da gestão. Já se viu em situações em que estavam tentando cooptá-la, oferecendo benefícios especiais para aceitar o que julgava errado, mas nestas horas tinha os amigos, a família, suas convicções e Deus para não a deixar “cair em tentação”.

— Nunca me senti impedida de nada por causa do meu desapego material. Nunca deixei de falar nada que deveria para preservar o emprego, nunca me castrei por que não tinha medo de perder o emprego. Meu medo era me corromper para mantê-lo.

Mara nunca chegou a ter chefes grosseiros e ruins; todos foram pacientes, respeitosos e a ouviam. Os usuários, os colegas, os chefes sempre a respeitaram e estimularam, mas já houve muitos constrangimentos, porque, ao fazer com dedicação, se expõe quem não faz ou não quer fazer. No SUS, quem faz direito, quem cumpre com sua parte, algumas vezes é injustiçado.

— Quando eu, como gestora, não cobro de quem não cumpre, quando não corto o ponto de quem saiu mais cedo ou não foi trabalhar, estou punindo quem faz direito. Eu não aceito isso, a gente não pode aceitar que o justo pague pelo injusto. O justo existe no SUS, sempre os encontro; eles estão acudados ou cansados do processo de trabalho, mas não desistiram. Basta uma pessoa balançar a cabeça concordando comigo em uma reunião para eu me empolgar, acreditar que é possível, continuar.

O trabalho em saúde tem atraído muito profissionais com valores, dedicação e compromisso como de Mara. Eles formam um movimento social que tem sido sustentáculo do SUS. O Movimento Sanitário não é apenas algo do passado que foi importante na estruturação do SUS, mas algo presente. Valorizar essa realidade política, cultural e subjetiva nos processos formativos em saúde é fundamental. Infelizmente esse tema é aí raramente trazido para debate e estudo.

Como Mara se vê?

Por outro lado, na vida mais pessoal, não é tão simples aproximar-se de Mara, ganhar sua atenção, como mencionado no início desse texto. Ela só se relaciona intimamente com pessoas que têm uma leitura de mundo semelhante à dela, que se indignam com injustiças tal como ela. Com os demais, mantém apenas relação profissional:

— Eu sou classe média baixa, mas já fui classe alta, já fui classe muito baixa, já perdi tudo. Hoje posso comer três vezes ao dia, enquanto muita gente não pode fazer isso, posso pagar minhas contas, fazer Yoga, Pilates, por isso me acho muito rica. “Os ricos é que me acham pobre.”

Quando Mara fala sobre isso dá uma pausa para uma estridente risada debochada, como quem dá de ombros para essas comparações. Logo em seguida, continua, agora séria, como se esse fosse um problema que ainda não conseguiu resolver:

— No mundo, ainda tem muita gente que não sabe o que é se alimentar três vezes ao dia. Isso é muito grave. Com fome, as pessoas não conseguem entender o que é autonomia. Os meus iguais são as pessoas que se incomodam com isso.

Mais uma pausa breve, como quem para e reflete sobre algo sério, que não havia pensando antes:

— O meu medo é perder a capacidade de me chocar com as coisas. . .

Não é possível predizer o que irá acontecer no futuro, não ao menos para a maioria das pessoas, mas parece que Mara não é o tipo de pessoa que irá parar de se chocar com as distorções do mundo. Para ela, utopia não é coisa inatingível, mas bastante palpável, é o norte do caminho que segue concretamente, sem o qual se perde o rumo. Nela, Mara se vê como uma agricultora que semeia a terra e espera pacientemente a colheita, sabendo que pode ser que nem todas as sementes vinguem, que talvez não consiga colher tudo que plantou, que talvez outros colham estes

frutos em outras épocas, mas sempre com a certeza de que algo vai colher e que será o suficiente naquele momento. Ela valoriza as pequenas colheitas, as pequenas transformações cotidianas, sabendo que ainda vamos chegar lá.

— Meu sonho é que um dia seja normal prestar bons serviços no SUS, que ele seja a primeira opção de todos.

Em uma nação em que o serviço público vem sendo exposto pela grande imprensa e redes sociais, como algo precário e vergonhoso, pode ser surpreendente encontrar pessoas como Mara, que põem a construção do SUS como dimensão central de suas vidas.

Mara consegue ver-se no perfil de cuidadora, preocupada com a emancipação, mas não acha que isto seja um dom, ou uma qualidade pessoal. Acredita nesse compromisso como dever e obrigação de todos aqueles que trabalham em função do outro. Acredita que tanto ela quanto seus companheiros estão contribuindo para a construção cotidiana do SUS, que um dia poderá ser a primeira opção de cuidados em saúde para todos e não apenas para quem não tem opção.

A “conjuntura atual faz parecer que pessoas com este tipo de comprometimento são extraordinárias e se destacam”. Mas ainda acredita e trabalha para que um dia esse perfil seja considerado habilidade necessária e imprescindível para trabalhar no SUS.

Ao mesmo tempo que se sente valorizada, envaidecida em se ver e ser vista portadora desse sonho, desse compromisso, não se conforma com “o fato de um profissional comprometido com o cuidado emancipador merecer uma indicação para uma pesquisa como essa”. Espero e creio que um dia teremos tantos profissionais com esse perfil que nos causará espanto aquele que não o é”.

Mara sabe que, para ter esse SUS que orgulhe a todos, não basta apenas dedicação em nível local; não basta apenas mais e melhores serviços; mais, melhores e humanizados profissionais; é necessário uma transformação da sociedade, das pessoas. Por isso, não restringe seu fazer/pensar ao serviço. Sua militância vai além do espaço de trabalho profissional.

O fazer saúde de Mara como trabalhadora e cuidadora

Mara tem uma postura de humildade diante dos usuários que atende todos os dias. Não acha que sabe mais do que eles, que é mais do que eles, não aceita ser colocada em altar, que pensem que detém todo o saber sobre eles, sobre o que fazer.

— “Isso é uma ilusão, esse saber que eles acham que você tem é ele quem está lhe dando”, mas o profissional corre o risco de gostar deste altar, de se apegar a esse lugar, gostar do poder que o jaleco lhe dá.

Mara aprendeu isso no fazer diário, nas leituras de livros e de mundo. Depois parou de usar tudo que a diferencia dos usuários: não usa crachá, nem jaleco. Diz que, deste modo, evita apegar-se e gostar do lugar de suposta detentora do saber.

— “O meu compromisso é com o usuário, com os amigos, com o SUS, com minha família e com Deus”.

Mara, com convicção, diz que leva os princípios religiosos para seu trabalho. Por exemplo, gosta muito do acolhimento no SUS.

— Como é que posso passar por uma pessoa e não ser transformada, de alguma forma, por ela? Mesmo se for para dizer não, tenho de dizer de uma forma que acolha.

Gosta também da ideia de honrar pai e mãe. Muitas vezes, quando tem dúvidas, quando tem de tomar uma decisão difícil, pensa no que seus pais diriam, como reagiriam ao saber que foi decisão dela. Gosta da ideia de que “onde um ou mais estiver reunido em meu nome, aí estarei”. Isso, faz no SUS, em reunião com colegas ou com a comunidade. Basta apenas que um creia, para aumentar suas convicções.

Valores e aprendizados provenientes da vida religiosa têm estado presentes de forma importante na estruturação do sentido, da motivação e das decisões da maioria dos trabalhadores de saúde

que são religiosos. A maioria são cristãos. O processo de laicização (ou secularização) da sociedade tem criado um medo de ser ilegítima a valorização dessa dimensão para os espaços de formação profissional. Como trazer essa dimensão importante da vida social para os espaços educativos públicos de forma que preserve as conquistas do processo histórico de laicização da vida social?

A história de Mara e a Educação Popular em Saúde

Assim como Mara, há muita gente trabalhando, acreditando e dedicando-se às pessoas no SUS, mas esses trabalhadores não têm a devida valorização. Há também os que estão cansados, desiludidos pelas dificuldades, pelos entraves causados pela desorganização dos serviços, pelo desinteresse de alguns gestores. Inegavelmente há os acomodados, que não têm compromisso com a história do SUS, com as lutas que o tornaram possível. Esses profissionais veem, no sistema, apenas um local do trabalho necessário para receberem seus salários, um trabalho quase sempre considerado enfadonho e distante de seus verdadeiros interesses. O trabalhador que se doa com paixão nem sempre é valorizado pela gestão, pelos colegas, pelos usuários, nem social e menos ainda financeiramente. São pessoas que, por serem muito dedicadas, compram brigas e enfrentam rotinas desumanas, incomodando muito. Mas existe a satisfação pessoal de ser reconhecido por alguns: colegas, gestores diferenciados e, principalmente, pela população que mais precisa.

Os movimentos de Educação Popular na área da saúde, esteja ele ligado à extensão universitária, aos movimentos sociais ou aos serviços de saúde, almejam sempre, entre outras coisas, a multiplicação de profissionais como Mara. No entanto, precisamos admitir que nem sempre os nossos movimentos são capazes de gerar tamanha revolução, ética e comprometimento na vida dos trabalhadores de saúde. A história de vida de Mara mostra que um trabalhador de saúde dedicado é, antes de tudo, um ser

humano comprometido com o outro. Como ensinar isso? Como valorizar esse tipo de atitude nos profissionais em formação?

No caso de Mara, foi a escola, a vida comunitária (na família e nas atividades religiosas, com os amigos e companheiros que escolheu) que formaram a pessoa que ela é hoje. Parece que, para ter profissionais comprometidos com o SUS, é necessário antes ter pessoas comprometidas com a vida em comunidade, coisa que parece não ser possível ensinar em escola, porém perfeitamente possível de reforçar, estimular e valorizar, o que a Educação Popular consegue fazer.

Lendo a história de Mara, pode-se imaginar que esta seja militante de alguns dos movimentos organizados da Educação Popular, porém não é o caso. Isto mostra que os princípios da Educação Popular estão entranhados de diversas maneiras no fazer de pessoas comprometidas com o ser mais, independente de levantar ou não a bandeira do movimento. É preciso valorizar a história de vida de cada um, que aprende em toda parte e sempre, como a própria Mara diz.

Muitas vezes há uma expectativa muito elevada para os processos educativos formais, como se eles fossem capazes de formatar seres humanos na direção pretendida. Isso é ilusório. A escola e as iniciativas de educação permanente podem ter importantes significados na formação de valores, compromissos e sensibilidades para o trabalho em saúde, mas não podem tudo. E podem mais quando valorizam os saberes e valores já trazidos pelos educandos de suas vidas pessoais e profissionais anteriores. E criam espaços para o diálogo autêntico e franco desses valores e saberes com os conhecimentos das disciplinas e os interesses e exigências das instituições. Educação Popular não é uma proposta para ser implementada apenas na relação entre profissionais e a população. É também uma rica teoria e prática educativa para orientar a relação entre os docentes e os profissionais de saúde em formação.

Não parece possível ensinar as pessoas a se tornarem *Maras*, mas podemos encontrá-las por aí e, uma vez identificadas, valori-

zã-las, enaltecê-las, estimulá-las, acompanhá-las e aprender com elas. Assim, vamos fortalecer essa rede de pessoas tão utópicas e necessárias à realização do que sonhamos para o SUS.

Referências

- BRASIL. Lei 8.080 – *Lei Orgânica da Saúde*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 2-2-2017.
- CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- MEIHY, J. C. S. B. & HOLANDA, F. *História oral: como fazer, como pensar*. 2.^a ed. São Paulo: Contexto, 2013.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento*. 12.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PRADO, E. V. D. *Estamos construindo uma catedral: história oral de vida de três trabalhadoras do Sistema Único de Saúde*. Mestrado em Educação. João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal da Paraíba, 2016.
- VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. & PRADO, E. V. D. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 20, pp. 835-8, 2016.
- VASCONCELOS, E. M. *A medicina e o pobre*. São Paulo: Paulinas, 1987.

*De palavras-símbolo e de imagens-estrela:
sobre “leveza”, “incompletude” e “ser mais”
no mundo pensado e imaginado da saúde coletiva*¹

Julio Alberto Wong Un*

Rezei, de verdade, para que pudesse esquecer-me, por completo, de que algum dia já tivessem existido septos, limitações, tabiques, preconceitos, a respeito de normas, modas, tendências, escolas literárias, doutrinas, conceitos, atualidades e tradições — no tempo e no espaço [...] De certo que eu amava a língua. Apenas, não a amo como a mãe severa, mas como a bela amante e companheira.

— JOÃO GUIMARÃES ROSA,
em carta a João Conde.

[Este texto foi escrito com esperança e utopia para o meu irmão Eymard Mourão Vasconcelos]

PALAVRAS DE PODER, amuletos, conjuros, sons que nos acal-
mam e nos ajudam a seguir. Dizeres, estruturas harmonizadas

¹ Uma versão prévia deste texto foi elaborada em dezembro de 2013 e publicada no livro *O cuidado e a educação popular em saúde*, organizado pelo professor da UFPB Luciano Bezerra Gomes e editado como *e-book*, em 2015, pela Editora da Rede Unida. O livro aborda criticamente o trabalho do professor Eymard Mourão Vasconcelos e pode ser encontrado em <<http://bit.ly/2izLJf4>>.

* Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Grupo Temático de Educação Popular, Abrasco, *blog* Rua Balsa das 10 <<http://balsa10.blogspot.com.br/>>; contato: <wongun62@yahoo.com.br>.

com metáforas. Textos iluminados que guardamos no meio de outros textos sacros e respeitadas — seja na estante, embaixo do travesseiro, ou em algum dos planos da consciência. Frases ou ideias que recortamos e colamos na porta da geladeira metafísica com que enfeitamos a alma. A força da palavra. A força da presença. A força da caminhada, da persistência e da história de vida. Uma forma de renovar nossas utopias — ou, talvez, de defini-las melhor. Ao dizer de Madel Luz (comunicação pessoal), estamos hoje, mais do que nunca, vivendo uma “fome de símbolos”. Descontentes — por intuição, mais do que por reflexão racional — com a forma como vivemos, trabalhamos e somos exauridos de forma sistemática e impessoal, procuramos em vários espaços do viver e do sentir, *coisas* (palavras e ideias como coisas) que *preenchem nossos vácuos*.

Os usos e significados listados acima referem-se aqui não ao mundo da experiência religiosa, que, de forma variada, insufla sentidos às vidas das pessoas.² Estou falando aqui dos usos e significados dos discursos, propostas, conceitos, políticas, normas, ensaios, pesquisas. . . no campo multiforme da Saúde Coletiva, ou “saúde pública brasileira”. E de como esses se transformam, mutáveis e mutantes, em símbolos e imagens poderosos, que levam à reflexão crítica, mas também à fé cega e a práticas corporativistas que fortalecem pequenas elites — sobre alguns dos quais tentarei aqui refletir.

A fome de símbolos e a academia

No Brasil, a Saúde Pública — e sua versão “crítica” e “inteligente” — a Saúde Coletiva entrou, há quase duas décadas, em processos de crise e renovação das suas *boas* ideias boas de *bondade*, no sentido de uso *social* e de utilidade para o cotidiano do trabalho em saúde. Reinvenção dos símbolos que definem sua identidade e

² Incluindo também usuários dos serviços de saúde e profissionais da saúde.

que se transformarão em bandeiras de luta, identidade e construção de novos mundos. Há uma demanda social reprimida por esses ideais e símbolos, que se manifesta indiretamente pela presença maciça de profissionais em eventos acadêmicos, amostras, e encontros e nas contratações frequentes de consultorias em muitas prefeituras que buscam ser assessoradas por detentores de saber. Procuram-se símbolos, formas de se identificar, algo em que acreditar, imagens e estrelas-guia que também deveriam ser formas práticas de organização e ação.

No Brasil, apesar da persistência e atuação de seus pais e mentores (ligados ao Movimento da Reforma Sanitária dos anos 80, hoje se reorganizando e reinventando), a Saúde Coletiva vive sujeita às exigências dos órgãos de fomento, dos editais de governo, e dos projetos imensos — muito bem financiados, controlados de maneira “solta”, e que se desdobram em resultados e processos não esperados.

De maneira nova e inesperada, os produtos dessa saúde coletiva, semiasfixiada pelas demandas de produção, se transformam em dezenas ou centenas de interpretações locais, que irão produzir formas de operar diferentes em cada local, para angústia (ou indiferença) dos intelectuais e dos gestores envolvidos. Mesmo sendo muitas as publicações, a saúde pública tem grande número de artigos e livros publicados e uma das piores relações entre número de revistas especializadas e demanda de artigos na fila de publicação.

Agravando a crise, temos um vácuo de ideias reflexivas mais rigorosas e “profundas”. A fome dos símbolos se agrava pela pouca oferta. Ou pela oferta inadequada, confusa ou narcisista. Campos consolidados e muito bem financiados, como a epidemiologia das muitas variáveis, tão prestigiada pelos epidemiologistas, adoece de falta de ideias e de reflexividade. Por *ideias*, refiro-me a algo radicalmente diferente do número de publicações por ano. Outros campos perdem-se em jogos de espelhos ou na repetição superficial de afirmações, argumentos e conceitos. Isso é inerente ao sistema do produtivismo acadêmico e não um defeito geracional

— ou um *sinal dos tempos*. Entretanto, uns poucos intelectuais férteis e produtivos são hoje o farol para onde se voltam os anseios de estudantes de pós-graduação, de alguns gestores, e, em menor medida, dos profissionais da ponta. Diante de um regime generalizado de produção de pequenos saberes, fatiados e fúteis, o surgimento de “boas novas”, ideias interessantes e atraentes, produzidas por pessoas coerentes e carismáticas, são rapidamente — na velocidade pausada da história, quer dizer lustros ou décadas — absorvidas e digeridas.

As nossas pós-graduações de saúde coletiva quase não produzem mais pensamento crítico, limitando-se ao basal, à repetição mal mastigada e mais mal digerida dos pensadores da moda. Alguns autores ou discussões são considerados ultrapassados ao passo que outros se tornam de uso obrigatório, e seu uso é marcado por abordagens de superfície. Em dimensões como, por exemplo, a metodologia da pesquisa chamada qualitativa, tema sobre o qual dou aulas, a superficialidade é gritante; é claro que com exceções honrosas e heroicas que confirmam a regra. O mercado das ideias da saúde coletiva é estreito e paranóico: poucas revistas, pouco tempo de estudo, pouca exigência de reflexão e esforço, estudantes e orientadores mergulhados no “faz de conta” e ausência de um projeto social mínimo sobre o tipo de pesquisador ou docente em produção ou em desejo de produção. Muitos estudam tão somente para ganhar mais prestígio, poder, ou aumentar o salário. A pressão social e funcional para fazer um mestrado ou doutorado é enorme. O *como, o que, o para quê* e a qualidade são menos importantes. O *quanto sim*, é fundamental. E o *onde* também, mesmo que esse *onde* tenha mínima penetração social. Pareceria que, ao querer se engraçar com os órgãos de fomento que definem o que é o “melhor”, os programas e grupos sacrificam o que historicamente tiveram de melhor: a reflexão profunda, pausada, cuidadosa; a relação apaixonada com os saberes e seus produtores; o conhecer, o dialogar, o problematizar como aventuras criativas. Hoje, quase não existe o cuidado tradicional que se tinha

com aqueles que mergulhavam seriamente na aventura intelectual e no pensamento crítico. As críticas ao hoje chamado produtivismo são muitas e provêm de várias vozes e grupos. E o resultado desse produtivismo já está sendo notado na Saúde e na produção de ideias no sentido apontado.

Nesse contexto adverso (ou, melhor dizendo, novo e desafiador), os grupos e intelectuais que se articulam com o mundo da gestão pública, seja no nível federal, ou em prefeituras simpáticas às propostas desses grupos e autores, conseguem transcender essa agonia acadêmica. Ou se voltam à extensão universitária. Ou equilibram as atividades de pós-graduação com as de graduação. Porém, tudo tem seu custo. E por vezes esses custos são elevados demais, como acontece com a “incorporação” da dimensão de governo nos espaços acadêmicos.

Governar em saúde e as ideias reinventadas

No Brasil, vivemos um fato curioso, inaugurado com força em 2003, com a chegada de grupos, antes *alternativos*, ao poder federal. É a adoção entusiasta — mesmo que muitas vezes somente formal — de ideias vindas de vários cantões da saúde — tanto do planejamento mais mole, como de grupos tributários do pensamento psicanalítico e parapsicanalítico — a análise esquizo, incluída; e também ideias vindas da pedagogia crítica freiriana. Todas essas ideias têm influenciado a produção de documentos e processos nos campos da educação, gestão e da humanização da atenção à saúde.

É interessante ver que, no mundo da Saúde Coletiva, da mesma maneira como, por exemplo, o kardecismo brasileiro se reinventou no Brasil,³ propostas filosóficas, pedagógicas e ideológicas foram reeditadas e hoje permeiam várias das políticas públicas

³ Formas de organização, atuação e missão de vida totalmente diferentes do seu original francês onde subsiste hoje como um pequeno grupo de pensadores.

de saúde, sacramentadas pela aprovação das instâncias de controle social e de gestão do SUS. Ideias que, em outras sociedades, são consideradas partes de um cânone intelectual e acadêmico particular, correspondendo a um período histórico definido — a França é bom exemplo disso. Ao serem semeadas e espalhadas em outras culturas políticas, como as brasileiras, produzem formas diferentes de se identificar, de se definir e de agir; novos símbolos são inaugurados, ideias-síntese e palavreados novos são construídos.

A partir do convívio dessas propostas ideológico/sanitárias com governos das três esferas do SUS, surgiram, desde 2003, várias experiências locais, publicações, e, interessante, Políticas Nacionais, como a de Educação Permanente e a de Humanização; sendo a mais recente a de Educação Popular em Saúde. Poderia se inferir aqui que, de forma semelhante à legislação sanitária brasileira, as políticas de saúde que foram sendo criadas na última década, estão entre as mais avançadas do mundo. A queixa, entretanto, é que, por diversas razões, esses textos de vanguarda e de grande avanço teórico-conceitual não são adequadamente plas-
mados nos níveis de ação do Sistema Único de Saúde. É como se a realidade, essa chata (ou pior, as realidades, em plural), traísse formulações tão belas.

Acontece que essas “novas” políticas e lógicas de “fazer” — que na sua origem foram formas avançadas de “pensamento acadêmico” — são reinventadas continuamente em cada lugar, em cada prefeitura ou estado, em cada serviço; são “lidas” de maneira diversa, em leituras inevitavelmente culturais, apesar da pretensão de verdade universal que elas têm — em especial nas versões divulgadas pelos grupos organizadores e difusores das ideias “boas” e “novas”. Alguns podem dizer que são distorções; outros enxergarão reinvenção cultural. Quanto mais hermético o texto, maior a reinvenção. Quanto mais impreciso o dizer, maior chance de convivência do contraditório. Contraditório a tal ponto que chega a ser paradoxal: pregar dialogicidade e não dialogar; partir da leveza para ser pesado e autoritário; imaginar fraternidade e viver no

meio de distinções (no sentido dado por Bourdieu) e hierarquizações que reforçam a elite pensante e decisória e enfraquecem a plebe rude, sem poder, vulnerável e acuada no cotidiano.

Políticas, conteúdos, propostas, discursos e formas de agir fazem parte de uma *economia de trocas simbólicas de saberes* (Bourdieu). Nela, há agentes *autorizados* (decisão política, prestígio, produtividade) que aprendem, digerem e detêm os poderes — e são seguidos, lidos e escutados. Usualmente, esses agentes fazem parte de tradições. Nas quais, independentemente do seu conteúdo pretense ou formal, esses saberes são formas de hierarquizar (*o “nosso” saber é o melhor, o “mais novo” substitui o “mais velho”, o “nosso” mestre é “melhor” do que o deles, etc.*). Agentes se organizam em grupos e movimentos, promovendo reflexão, divulgação, transformação do ideal em ação. Os saberes são adquiridos em processos culturais (círculos de estudo, leituras de dificuldade progressiva, aquisição de jargões técnicos ou próprios do grupo) e são praticados com estilos próprios e singulares, bem como sociais (formas próprias de participação, formas de fazer, relações de poder e autoridade, critérios do desejado e do suficiente, organizações e redes que se pretendem libertadoras, especiais e diferentes). Por vezes, esses grupos traem suas próprias propostas, em processos de autoalienação ou de má consciência muito perigosos. Alguns mencionam que, ao se tornar instituída, a proposta perde força e se torna forma de opressão, que antes questionava. E o ciclo se renovaria indefinidamente. “Que tua prática se harmonize completamente com teu dizer”; algo assim escreveu Paulo Freire. Nada mais difícil para os humanos: nunca percebemos totalmente como somos, o que desejamos, o que necessitamos dos Outros e de nós mesmos. Nesse novelo de dimensões, ideias-símbolo e imagens-amadas são obviamente traduzidas e trazidas à nossa singularidade pessoal e de grupo, fazedores, parte que somos, de culturas e de caminhos históricos diferenciados.

E, ainda sobre o governar (gestão em saúde, gestão do cuidado) e as novas ideias que são insufladas nele, vale a pena mencionar

que o confronto do “novo” com o “velho”, em aparelhos e arranjos de Estado (seja qual for a esfera de governo) marcados historicamente por defeitos e perversões por todos conhecidos, e pelo exercício generalizado de poderes de todo tipo (desde o micropoder dos anônimos no processo até os megapoderes dos governantes da saúde de primeiro ou segundo escalão). A mistura é explosiva e, no mínimo, imprevisível.

**De símbolos amados e imagens objeto:
a propósito de dois movimentos de pensar e agir**

Embora os temas esboçados acima não sejam o objetivo central de minha reflexão, eles ilustram bem o poder, a necessidade, e a utilidade real dos símbolos para a saúde coletiva. Sugere que o papel de seus agentes difusores (intelectuais, professores, gestores que foram formados em determinadas lógicas ou aderiram a elas por conveniência, grupos de estudantes, pesquisadores, jovens profissionais) é central para espalhar essas imagens e símbolos; publicações também, mas somente na medida em que se transformam em ferramentas sociais de reflexão, aprendizado e, por vezes, reprodução e alienação.

Ainda, mesmo não tendo me debruçado suficientemente, sugiro que os processos de movimentação cultural das ideias e dos símbolos obedecem à lógica inesperada das práticas sociais e culturais, não podendo ser, nunca, suficientemente controlados ou fielmente reproduzidos. Processos de interpretação e reinvenção — criativa, libertária, transformadora ou rotineira, maçante, autoritária, conservadora, etc. — podem acontecer.

Antes de relativizar e aproximar esses símbolos, primeiramente irei me debruçar, de maneira um tanto irresponsável, sobre dois conjuntos de ideias/símbolos/imagens/seguidores/difusores/grupos relevantes a esta reflexão: o da micropolítica do cuidado baseado na filosofia da diferença e nos textos de Emerson Merhy

e autores afins; e o da educação popular em saúde, baseada em ideias vindas de Paulo Freire, Victor Valla e outros, ideias ainda difusas e que são utilizadas de muitas maneiras.

O movimento da micropolítica do cuidado

Fariam parte desse movimento — embora não necessariamente de forma orgânica ou ativa — aqueles que aderem às reflexões de autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Serres, Jacques Derrida, Michel Foucault, Antônio Negri, Enrique Pichon-Rivière, Emerson Merhy, dentre os mais conhecidos — sem esquecer dos dois antigos filósofos inspiradores: Friedrich Nietzsche e Baruch Spinoza. Aderem a pelo menos alguns desses pensadores, e os trazem para a reflexão da Saúde. Esses leitores ávidos de autores desafiadores, com obras que demandam grande esforço, erudição, perseverança e fidelidade à medida que se avança no saber, e requerem, em geral, da formação de grupos de leitura e discussão — solidários, iniciáticos e bem organizados ao redor de redes, projetos e produtos — que têm se organizado historicamente ao redor dos temas de gestão em saúde, planejamento, estudos sobre processo de trabalho em saúde, formação em saúde, e educação *permanente*.

Esse grupo, em parte nuclear, embora não unificado, conta com um conjunto amplo de seguidores: estudantes de pós-graduação, estudantes das graduações de Saúde Coletiva, residentes das residências multiprofissionais, profissionais dos serviços, gerentes e gestores de prefeituras simpáticas a essas propostas, professores e técnicos de várias universidades e de centros de pesquisa. A atuação do núcleo e seus seguidores é ampla, em vários espaços, em grandes projetos, e em organizações de ampla representação no mundo da Saúde Coletiva.

Além da alta produção de textos expressivos, muito bem tecidos, com análises sérias e utilizando autores e referências de

peso, todos esses autores — e seus seguidores, já publicando também — têm agido como assessores, consultores, coordenadores, secretários ou governantes. Direta ou indiretamente, influenciaram a formulação das Políticas Nacionais mencionadas antes.

Essa atuação ampliada e o dinamismo intenso fizeram e fazem grande diferença ao pensarmos como e por que as propostas vão se ampliando e sendo aceitas, traduzidas e reinventadas em múltiplos lugares. Mecanismo central na ampliação do público das propostas e ideias é a criação e condução (e renovação e manutenção) de grandes projetos de saúde pública, sejam de educação e formação, programas ou projetos de pesquisa, eventos, associações e grupos, etc.

As metáforas, noções, conceitos e ferramentas ideológicas mais utilizadas são: micropolítica, cuidado, processo de trabalho, dispositivo, cartografia, densidade e peso dos tipos de trabalho, vitalidade desses trabalhos, linhas de fuga, captura. . . e os estados dinâmicos e opostos: instituído e instituinte, sujeito e sujeitado. E, ainda, de leituras de Spinoza, tiraram a ideia de encontros que animam, ou alegram. Somos afetados e afetamos, se diz.

Aqui, vale a pena já declarar que novos empreendimentos, mais sérios e profundos, deverão ser feitos no futuro tanto para o estudo da produção intelectual como da ação social desse conjunto de autores e grupos. Ainda, fato que é mais relevante para a história da saúde pública brasileira, deverá se estudar, no futuro, como essas produções foram e estão sendo transformadas em arranjos institucionais, linhas de cuidado, e processos de gestão; como elas mudam as realidades onde se instituem, com ou sem apoio dos gestores. E estudar o surgimento dos paradoxos inevitáveis entre o desejado e proposto e o plasmado e construído *in loco* e as distorções inevitáveis: vaidades, grupos de poder, exageros, paradoxos entre o dizer e o fazer, etc.

O que é verdade é que, depois de quase vinte e cinco anos das publicações iniciais de autores tão importantes como Luiz Carlos Cecílio, Gastão Wagner Campos, e Emerson Elias Merhy,

o campo da gestão do cuidado em saúde, os estudos de cogestão de coletivos, de micropolíticas do trabalho vivo, etc., já fazem parte do imaginário de muitos trabalhadores do SUS e, com certeza, de todo sanitarista ou pós-graduando da saúde coletiva. O pensamento desses autores e dos seus sucessores, já numa terceira geração de pesquisadores ou gestores, faz parte hoje do cânone sanitário.

O quanto eles são bem compreendidos, ou como suas ideias são repensadas a partir das próprias cosmovisões de leitores, profissionais, gestores e seguidores obedecerá a uma sociologia das ideias acima exemplificada.

Vale reafirmar que não há uma unidade de pensamento nem de conceitos nesse conjunto amplo de autores que trabalham a gestão do cuidado, havendo variações em tom, em referenciais teóricos, em formas de implementar através de projetos, programas ou experiências e até em formas de agir em público — em eventos de caráter público como congressos, bancas, ou em reuniões periódicas de grupos de pesquisa, etc. Entretanto, em geral, eles salientam a forma como os pequenos poderes (microscópicos, moleculares) afetam os processos de trabalho, a organização e a gestão da saúde. Valorizar o invisível, o encontro, o ato de cuidar e incorporar esse invisível à gestão e ao planejamento em linhas de cuidado qualitativamente diferentes, segundo eles, faria grande diferença para conseguir e manter a saúde das populações.

O movimento da Educação Popular em Saúde

Embora as publicações iniciais dos autores da Educação Popular em Saúde sejam anteriores às que iriam configurar o movimento da micropolítica, a organização deste movimento é algo mais jovem; ele é menos produtivo quantitativamente e muito menos articulado em grupos, projetos, e consultorias sistemáticas. Esse movimento foi iniciado no Brasil, pelo professor de história e

educação Victor Vincent Valla, desde sua aproximação com o campo da saúde, ao incorporar-se à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz, nos anos de 1980.

O investimento inicial de Valla e seus colaboradores, dentre os quais se destaca o sociólogo Eduardo Navarro Stotz, foi o de apostar no apoio cotidiano aos movimentos sociais e aos grupos subalternos — ou, como eles chamavam, às *classes populares*. A partir desse trabalho, eles foram produzindo textos, inicialmente sobre participação popular, depois sobre os impasses de compreensão das falas dos setores populares; e, a seguir, foram incorporando temas como apoio social solidário, religiosidades populares, etc. Em seus últimos anos de vida, Victor Valla se debruçou sobre o tema da pobreza. Redescobrimo seu viver cristão, ele trabalhou com a ideia que a conversão cristã não seria um estado de conversão ontológica (o Ser em entrega a deus), mas sim o processo profundo de abraçar a pobreza. Esse *abraço* não seria conformismo, mas uma forma radical de criticar, questionar e mudar o estado de injustiça, desigualdade e marginalização. Valla chegou a um radicalismo tal que, poucos anos antes do fim da vida, ele negava-se a usar a expressão *Educação Popular em Saúde*, porque, afirmava, era usado como “educação para pobres”, barata, festiva, boba e superficial.

Embora tenha sido esse grupo da Ensp quem iniciou o movimento em sua forma atual (a Rede de Educação Popular e outros coletivos), os temas e abordagens da Educação Popular em Saúde eram abordados e vividos por diversos grupos em todo o país, especialmente nos serviços de atenção primária. Na Paraíba, Eymard Vasconcelos criou, na Universidade Federal, um dos projetos mais antigos de extensão, de saúde comunitária, saúde da família e Educação Popular em Saúde.

Os dois exemplos acima ilustram um perfil diferente de profissional e intelectual. Criticados pelo engajamento — que, como comentou uma professora da Ensp citando Marx, diminuiria a qualidade das reflexões, porque perderiam tempo demais

com os operários ou moradores de favelas — eles construíram formas de pensar e de agir baseados nessa interação.

Assim, esses saberes nasceram *capengas* — expressão que Valla gostava de repetir, orgulhoso. *Mancam* de um lado. Ao mancar e capengar, os saberes são mais vagarosos. Lentidão, aliás, valorizada por esses autores. Victor Valla, na vida e na produção, era defensor da lentidão.

Os autores, ativistas e lideranças deste movimento foram influenciados por — e fazem uso de — diversos temas e autores. Os autores mais lidos pela Educação Popular são os mencionados Valla, Stotz e Vasconcelos. Disciplinas e campos diversos vão sendo incorporados em alquimias pessoais e de grupo. Posso mencionar: a pedagogia crítica, de Paulo Freire; a reflexão sobre o espaço, de Milton Santos; a reflexão epistemológica, de Boaventura de Sousa Santos; a antropologia crítica, de autores como Eric Wolf, James C. Scott, Renato Rosaldo e Arjun Appadurai; historiadores como E. P. Thompson e Carlo Ginzburg; o sociólogo da USP, José de Souza Martins; autores marxistas mais recentes como István Mészáros; além de escritores da literatura como João Guimarães Rosa, Manoel de Barros, Mia Couto, Eduardo Galeano, Adélia Prado, dentre outros.

Da mesma maneira que, no movimento acima mencionado, o movimento da Educação Popular em Saúde dista muito de ser unitário e homogêneo. Há intelectuais eruditos, há os que privilegiam o cotidiano e as ideias produzidas no contato com outros grupos culturais e sociais — pobres, moradores, estudantes, mulheres, minorias. Há profissionais da ponta que gostam de refletir. Há artistas populares que vão digerindo ofertas variadas da saúde coletiva. E há profissionais que procuram, na sensibilidade e na arte, formas de expressão do contraditório e do injusto; e buscam mudar essa determinação, como acontece no *blog* Rua Balsa das 10.⁴

4 Ver <<http://balsa10.blogspot.com.br/>>.

Hoje, na sua segunda geração de lideranças e autores, o movimento da Educação Popular tem-se desenvolvido em várias linhas de pensar e de agir. Nesse evoluir e mudar, um fato especial, complexo, aconteceu. Em 2003, quando o Partido dos Trabalhadores chegou ao Governo Federal, foi criada uma coordenação de Educação Popular no Ministério da Saúde, como parte das negociações dentre os diversos PTs estaduais. Essa nova institucionalidade levaria a uma complexificação muito grande do movimento e das formas de ver, pensar, agir e escrever sobre o tema, além da necessidade progressiva de “pensar em grande escala”.

Assim, temos o que posso denominar de *linhas* ou *versões* da Educação Popular em Saúde. Um movimento que, nos seus primeiros dez anos, caracterizou-se pela grande diversidade, a união afetiva, a crítica aos poderes, o questionamento ao clientelismo e as formas de populismo e propaganda política, fazendo uso das metodologias culturais e pedagógicas da educação freiriana, hoje é muito diferente. Coexistem linhas, ou visões do que caracterizaria a educação popular, sua reflexão e sua prática.

Uma das linhas mais preocupantes é aquela funcional à imagem e à propaganda de ações em saúde — sejam governamentais ou de associações e organizações que representam a saúde coletiva. A Educação Popular se transforma em mecanismo festivo de divulgação, distração e, em menor medida, de reflexão ou chamada de atenção a determinados assuntos. Dispositivos culturais criados por artistas e intelectuais, identificados com “o popular”, são transformados em verdades universais, formas únicas de espalhar verdades e se repetem, longos e intermináveis, em quase todo evento público da saúde.

Se essas ferramentas de lazer coletivo são formas eficazes de chamar a atenção e de realizar dinâmicas de grupo como expressão reinventada de formas mais tradicionais de festividade, elas acabam superficializando e distorcendo a Educação Popular, tirando dela o reflexivo, o crítico, a possibilidade de divergir e apontar novos caminhos, distantes do populismo, do clientelismo, e da

superficialidade do simples emocionar-se. O oligopólio de algumas formas de expressão e compreensão e estímulo à participação ou mobilização em um país tão diverso, e com tantas inserções e cosmovisões aos processos de trabalho em saúde, deveria ser algo a mudar com urgência. Ao invés de impor alguns “dispositivos”, como formas únicas de fazer, deveria ampliar-se e incorporar novas formas de ver, sentir, propiciar, e compreender as realidades culturais locais e imaginar formas de recriar educações populares menos artificiais. Ainda, há uma discussão de ordem ética que deverá ser empreendida: as relações com os poderes de todo tipo e, além disso, o próprio poder produzido e exercido em diversas frentes.

As outras linhas da Educação Popular, menos evidentes ao olhar público, por sinal, sofrem — como outras áreas e vertentes da saúde — as lógicas perversas da produtividade acadêmica ou a dos serviços de saúde. Atuam em várias frentes. E publicam ainda de forma irregular. A participação em iniciativas do governo é também grande. Projetos de extensão, pesquisa, cursos e atividades de formação são cada vez mais frequentes e maiores.

Por outro lado, um processo desafiador, diretamente ligado ao Ministério da Saúde, é o financiamento crescente de iniciativas — maioria vinda do próprio ministério e executada por instituições parceiras —, com participação ampla de membros do movimento da Educação Popular das várias linhas. Grandes projetos marcam a Educação Popular em Saúde mais recente. Existe uma contradição implícita entre as largas escalas perseguidas pelos gestores federais e as propostas de educação radicalmente dialógica. O desafio é como manter a radicalidade da crítica, do diálogo e da construção compartilhada dos saberes em contextos de distância e distanciamento, de homogeneização, de massa e de fidelidade a grupos e partidos, utilizando formas tecnológicas mais apropriadas à formação técnica. Uma invenção nova se faz necessária.

As imagens e metáforas mais usadas por este movimento estão contidas nos conceitos incluídos na Política Nacional de Educação Popular e Saúde (PnepSUS), aprovada por proclamação

pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2013. São usados diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento e emancipação. Ainda é frequente o uso de expressões freirianas, como educação libertadora e educação bancária. E, hoje, são adotados dispositivos culturais oriundos do Nordeste brasileiro, como cirandas, cenopoesia, terapia comunitária, etc.

As formas de operação desse movimento, como já disse, se diversificaram. Inicialmente o espaço de construção eram as redes e articulações e não tanto a academia e seus veículos oficiais (revistas científicas) de produção de saberes. A comunicação se dava pela internet e em encontros de educação, ou aproveitando congressos de saúde coletiva.

Em relação à produção acadêmica e às publicações, muitos dos autores da Educação Popular privilegiam revistas menos “fortes”, com menos *qualis*, mas que ajudam a chegar aos profissionais de saúde da ponta. Tal é o caso da *Revista de Atenção Primária à Saúde* que, mesmo sendo B3 na classificação *Qualis* do CNPQ, é muito lida e consultada por esses profissionais. O movimento também foi um dos primeiros da saúde coletiva a fazer uso amplo dos grupos de discussão pela internet, desde 1999.

Hoje, a maioria das pessoas que se identificam como “educadores populares” ou como “militantes” desse movimento está espalhada em grandes projetos ligados ao governo, universidades — Ensino, Pesquisa e Extensão — e centros de pesquisa, à gestão pública da saúde e à atenção ou organização da atenção primária (Estratégia de Saúde da Família e projetos de apoio à atenção primária). A Educação Popular tem um grupo temático formal dentro da Abrasco e participa, por intermédio de representantes individuais, tanto do Cebes como da Rede Unida.

Para encerrar esta descrição/interpretação — também algo irresponsável, porque incompleta — vale mencionar que há pessoas que transitam nos dois movimentos, seja fazendo uso dos dois referenciais reflexivos ou transitando de forma prática pelas organizações e iniciativas dos dois movimentos. Teses de doutorado

e artigos misturando as duas abordagens, que, repito, já não são únicas nem homogêneas, estão aparecendo. E esse fato interessante e esperançoso, mas também algo confuso ainda, me permite introduzir a parte final desta reflexão, irresponsável, mas simpática, solidária e admiradora das duas correntes — embora também preocupada pelas distorções produto da manipulação política, do uso autoritário, e de vaidades pessoais, ambições e mesquinices. Parte final menos diretiva, mais diretamente debruçada ao uso/papel das figuras e símbolos que tanto fazem falta no nosso cotidiano de profissionais da saúde. Os dois movimentos descritos aqui têm fornecido poderosos símbolos para o agir, pensar e, também, para o bem-estar dos próprios atores envolvidos na produção de saúde.

A leveza do Ser

Uma das metáforas, imagens poéticas, ou *dispositivos de mudança* do movimento da micropolítica do cuidado, é a ideia do *trabalho vivo em ato*. Ele é vivo porque feito por gentes. Em ato porque acontece no encontro — ato do encontro. E é caracterizado pelo seu mentor, Merhy, como *tecnologia leve*. Entendendo tecnologia, além das máquinas, como tudo aquilo produzido e criado para o processo de trabalho.

Em sua formulação inicial, no contexto do processo de trabalho, a metáfora do leve é oposta a do duro. *Soft* e *Hard*. Mole e rígido. Propriedade da matéria. Porém, ela pode e deve ser muito mais.

A leveza é imaterial. Além do físico. Metafísica. A leveza, propriedade de ser leve, é não material. Segundo Merhy (2000), o leve concebido por ele caracterizaria e definiria o especial do trabalho em saúde. Mas, para mim, é mais. Algo mais que a densidade. O invisível define a saúde.

Precisamos voar mais. Leveza e voo.

Além da leveza, está o voo; além da densidade e peso, está a luminosidade; além das tecnologias leves, estaria o que? Energia,

vitalidade, sopro, espírito? O invisível do invisível. Qual o fio que une as miçangas? O que poderia ser o ultraleve?

É aqui a pergunta terrível dos budistas: *se não há um Eu, quem escreve isto, agora?* Ela se repete sob várias versões em boa parte do pensamento oriental e também no ocidental.

O achado das tecnologias leves — vivas porque acontecem no ato de cuidar — permite não só vislumbrar o valor do encontro e sua margem de liberdade no “ato” de cuidar/curar, mas permite outros voos não explicitados nas formulações dos autores desse movimento da gestão do cuidado, contextualizados como estão na urgência e predominância de como melhor gerir o trabalho em saúde, de como melhor governar.

Penso que para esse agir de arranjos, gestões e linhas, a leveza de “densidade de matéria ou não matéria” não é suficiente. Devemos pedir mais.

Considerada por Calvino (2002) a primeira e fundamental proposta para o novo milênio, em suas conferências derradeiras em inglês, a leveza é associada, pelo italiano, a figuras da mitologia grega e romana, como Hermes, Perseu, o carro de Apolo e o cavalo alado Pégaso. Voar, levitar, adentrar-se em novas realidades para perceber e mudar outras realidades. Bela imagem, belas metáforas. Ideais de criação e palavra. De silêncio — a exaltação da leveza é o silêncio do beijo dos amantes. É o ideal do andarilho, com seu báculo e sua pequena mochila, espantado. Peregrino da saúde e do cuidado amoroso.

Encontro leve, vivo, atual e transcendente. E transcendente, porque tanto ele, cuidador, como o outro, cuidado, vão além. Se reconhecem e se aproximam. Esquecem formalidades, chamam-se pelo nome. Sorriem, cúmplices. Leves. Por vezes, levitam juntos. Transcendente que é um imanente. Por tanto qualidade do Espírito Humano. Espiritualidade como consciência do invisível em nós. *O que seria de nós sem o invisível?*, escreveu Paul Valéry.

É, finalmente, leveza de levitar. A *tekne* gr ega que leva a levitar, a suspender no ar o tempo e a velocidade. O carro de Hélios.

Rapidez que é lenta. Peso que é ar de levitação. Santidade pecadora que se redime na boca suave da amada. Leveza de aliviar o discurso e a cabeça do pesado, do inútil, da retórica densa e oca. Leveza do toque da criança. Leveza do olhar profundo do bebê que nos impele a viagens interiores.

Ser leve na leveza do Ser. Leveza que colhemos de várias fontes e reinventamos em água, água de alquimista. E, na Educação Popular, valoriza-se tanto a leveza da alegria, da cantoria, das danças, das conversas para nada solenes (leves), que há boas proximidades de imagens. O fazer da boa Educação Popular é totalmente vivo, totalmente leve, totalmente utópico, totalmente questionador daquelas coisas que impedem a leveza e geram o sofrimento e a dor das pessoas. Para sermos leves, transformemos o mundo.

Nossas levezas são diferentes, como diferentes são nossos símbolos e nossa forma de ser com os outros, mas poderiam muito bem entrar em diálogo, em voo e em dança.

Da incompletude como natureza humana

Somos e não somos. Estamos nos fazendo. Possuímos várias identidades em produção, ou nenhuma. Produzimos a vida e somos produzidos. Criamos liberdade, mas, ao mesmo tempo, somos moldados, oprimidos, impedidos de ir além. Ordem estabelecida e mudança. Preservação e revolução. Repressão, ditadura e revolta e ruptura.

Essa reflexão metafísica não é nada recente, não é invenção dos filósofos franceses da década de 1960. Já está presente em pensamentos tão antigos como o budismo. Vertentes filosóficas Mahayana, como a Madhyamika, falam do fluxo de eventos momentaneamente conectados entre si e que identificamos como realidade, aplicando essa reflexão radical ao que denominamos eu. Não há uma consciência. Há “algo” se produzindo.

Ao longo da história do pensamento — oriental e ocidental — há várias versões dessa percepção. Existiria talvez uma relação

entre a orientalização do Ocidente (entre as décadas de 1950 e 1960) e os achados filosóficos dos pós-estruturalistas? Talvez essa discussão seja inútil ou fútil. O que vale aqui é que percepções consideradas recentes — e, no senso comum, melhores ou mais atuais — são versões de pensamentos milenares. Lembremos a imagem poética do Zaratustra. Ou o mergulho oriental dos *beatniks*. Ou o desenvolvimento da sinologia na Academia Francesa. Ou, finalmente, a forte inspiração oriental do conjunto de pensadores metafísicos europeus do século XIX, como Allan Kardec, Helena Blavatsky, Rudolf Steiner, ou George Gurdjieff, por citar os mais conhecidos.

Autores amados pelos dois movimentos também assumem essa incompletude como marca e visão do humano. O estar “se fazendo”, de Riobaldo, personagem central do *Grande sertão: veredas*. O “voar fora da asa”, do poeta Manoel de Barros. Só dois exemplos usuais.

Copo meio cheio, meio vazio. Que nunca será colmado, saciado. Recipiente potencial para tanta coisa. Sermos o que sonhamos. Ser outros. Ser, finalmente, nós mesmos. Ser legião — tal os demônios que o carpinteiro de Nazaré expulsava e ser a gota de orvalho sobre a pétala da única flor do deserto.

Incompletude como possibilidade, como *potência*, como produção de sentido e de subjetividades. Oportunidade de Ser Mais. Convite à imaginação e à criação. Ruptura de correntes que *sujeitam*. Construção dialógica de formas de saber/ser juntos.

Reconhecer-se incompleto é difícil para certos atores do drama da saúde coletiva. Cheios de saberes, seguros de ideologias habilmente adquiridas e dominadas, com acesso precoce a poderes sobre outros, acima dos outros, com inteligência para prever o movimento do adversário. . . todas as virtudes próprias da sociedade competitiva do consumo são empecilhos para saber que podemos aprender, especialmente do Outro, do simples, do que classificamos como ignorante, invisível, marginal.

Construir a própria pessoa como entidade eficaz de sucesso dentro do mundo capitalista é, enganosamente, garantia de

completude. Copo que desborda. Negação do “estar se fazendo”. Se, por um lado, nossa pregação é uma, nosso fazer é outro. Dizer que transforma e liberta. Fazer que acorrenta e nos afoga em vaidades e exercício de pequenos poderes destruidores.

Da vontade de Ser Mais

Discussão clássica do Paulo Freire, a vontade de ser mais e a curiosidade epistemológica, partem claramente do reconhecimento da incompletude. E daí, afirma-se a radicalidade do conhecer, se privilegiam os oprimidos, os que têm menos e são desprezados e explorados. A diferença da interpretação tradicional — até final do século XIX — do catolicismo oficial, que concebe a transcendência como um “entregar-se a uma divindade além de nós mesmos”, Freire humaniza o Ser Mais. É necessidade básica do humano. É fato cotidiano que permite o viver. Esperança. Outra forma de Ser Mais. Paciência impaciente.

Nos fazemos no instante e na história. Saímos de nós mesmos para nós mesmos que já é “Outros”.

Espiritualidade como processo profundamente humano. Onde nos transformamos com os Outros e no mergulho do Ser.

Se tudo é superfície não há percepção de urgência de busca; de ir além de nós mesmos e voltar a nós mesmos. É preciso profundidade. É preciso mergulho.

A vontade, anestesiada pela injustiça que expulsa ou marginaliza, ou que qualifica o outro como inferior, despossuído, é dimensão a ser potencializada. Favorecer movimentos não lineares. Descobrir o Ser Mais, que não é dom doado pelo Divino Externo, as que é brilho em comunhão com as várias dimensões e estratos do Ser e em diálogo. Um Ser em diálogo. Sempre com os Outros. Ser que é “Outros”, todos e nenhum.

Um mundo e um Ser que se constrói com os “Outros”. Sabeedor que o edifício construído é flutuante, mutável, temporário.

Contudo, esperançoso, transcendente e imanente ao mesmo tempo, humano, divino e mais do que humano.

Na educação Popular, esses processos de transformação alquímicos são orientados prioritariamente para a leitura crítica do mundo e sua transformação. Na micropolítica do cuidado, se busca reinventar-se, em processo, em diálogos de diferentes, e criar formas, linhas, movimentações para fugir das capturas — talvez opressões. Há ecos possíveis. Basta assumir com seriedade o estudo, o mergulho e o diálogo. E largar as prepotências e vaidades.

**Afirmar(se) (n)o vento.
Estagnação, mudança e vendaval:
fim de conversa (?)**

No fim do dia, da escrita, da revisão, das mudanças no mundo da saúde coletiva e do SUS — de 2013 quando foi redigida a primeira versão deste ensaio, aos primeiros dias de 2017, quando fecho a sua revisão —, visualizo o caminho que percorremos — no texto e na vida —, que andamos: duplas amorosas, grupos perplexos, coletivos imaginados e inexistentes. Reconheço-me e me surpreendo. Faço parte.

Afinal, não somos tanto o que dizemos, aderimos, lemos, propomos; afinal, somos o que fazemos, somos os nossos gestos, opções, escolhas. Mesmo atravessados de medo e paralisias: escolhas. Caminhos se bifurcam; caminhos se complicam, viram labirintos, mas sempre escolhemos.

Podemos criar caminhadas sem vaidades, sem prepotências, sem jeitos de manipular e controlar os outros com base em vínculos precários. Ou não. No fundo, somos a forma como qualificamos os Outros, e nos relacionamos de forma respeitadora e não mesquinha. Ou não.

Somos aquilo que vamos sendo. Fomos, todos de algum jeito, viventes no viver da saúde nestes anos todos.

Enormes tsunamis nos abatem hoje, em 2017, mas temos de enxergar o tempo, o caminho, o precioso ao redor a cada passo. Fizemos história.

Por vezes, nem sempre, ideias foram transformadas em *slogans*, filosofias em consignas, delicadezas em verdades impositivas. O acesso aos recursos e aos poderes esmagaram ideias libertárias. Muitas vezes, a pressa e a produtividade destruíram pensares tão cuidadosamente edificadas ao longo de décadas ou séculos. Nossas palavras-símbolo nos traíram. Fomos feitos reféns dos cantos de sereia das imagens desejadas, das estrelas-guia. Nos dobramos diante de poderes imprecisos, que nos confundiam; diante de falsos mestres sedutores, de objetos caros, de frases de efeito, de bolsas e consultorias. Nos extraviamos.

Por vezes, nem sempre.

Hoje enxergo que os movimentos e os símbolos dançam. Nem sempre a dança é gostosa; por vezes oprime; por vezes alguém se sente usado, preterido, expulso da festa. Mas é provável que sem música não haveria festa. E muito fizemos e faremos. Outros, que de alguma forma são a nossa transcendência, continuarão a criar trilhas e caminhos. . . com outras estrelas, símbolos, acalantos e desafios. Com outro mundo que é o mesmo em transcendência — o outro, o mesmo, ao dizer de Octavio Paz.

Advirto, enfim, sobre o perigo, sempre nos acompanhando de que belos prédios de ideias se transformem em formas de opressão, justificativa do poder de poucos sobre muitos e geração de dor com palavras belas. Formas de alienar tanto seus atores que se sintam perfeitos, superiores, com direito a tudo, acima dos outros. . . e vivam vidas de extravio na fogueira das vaidades, na academia, nos serviços e na gestão.

Mas somos sendo, criamos e reciamos. Haverá sempre um beijo nos esperando como redenção possível. Teremos sempre entardeceres dourados do Caribe. Seremos sempre aqueles recém-nascidos espantados. A malvadeza dos vaidosos, cortesãos, coronéis, prepotentes e cobiçosos não destruirá o sonho do humano,

do mais, do além, do instante, do amor encontrado e inventado no segundo exato dessa mão em repouso, dessa pele verdadeira.

Ideias são palavras com asas. Além asas. Imagens são símbolos, além formas. São guias e estrelas para descobrir, nós mesmos, em vida e em cotidiano, onde está o doce da vida, o bem da existência, a luz da presença.

Referências

- BENEVIDES, I. de A. Viagem pelos caminhos do coração. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Rede de Educação Popular em Saúde*. São Paulo: Hucitec, [2002].
- CALVINO, I. *Seis propostas para o novo milênio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- MANO, M. A. M. Ensaio sobre a gratidão. In: PRADO, E. V. do P. & MANO, M. A. M. *Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia*. São Carlos: Ufscar, [2010].
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- VASCONCELOS, E. M. *Espiritualidade no trabalho em saúde*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2011.
- WONG-UN, J. A. O sopro da poesia: revelar, criar, experimentar e fazer saúde comunitária. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, [2011].

*Ir além do controle social: o significado da
redefinição das práticas de saúde
para a democratização do SUS e da Nação¹*

Eymard Mourão Vasconcelos*

O DEBATE sobre a participação popular na saúde, que vem ocorrendo amplamente em congressos, reuniões de serviço e publicações no campo da saúde coletiva, tem focado sua dimensão de reorientação do planejamento e da gestão das políticas de saúde. A ênfase principal tem sido as questões relativas ao fortalecimento e ao papel dos conselhos e conferências de saúde, bem como às lutas sociais para ampliação dos recursos disponíveis. A participação da população em ações concretas de atenção à saúde tem sido discutida principalmente na perspectiva de mobilização e apoio para sua implementação ampliada nas comunidades em moldes previamente planejados pelos profissionais e gestores. Apesar de estas dimensões serem muito importantes, acredito estar sendo pouco valorizada a importância da participação popular na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde.

1 A primeira versão deste texto foi publicada no livro *Participação, democracia e saúde* organizado por Sonia Fleury & Lenaura Lobato pelo Cebes, em 2009.

* Médico que, desde 1974, ainda estudante, descobriu e se encantou com o trabalho comunitário de saúde orientado pela educação popular. Desde então vem trabalhando e militando no campo da saúde popular, buscando articular parceiros e buscadores inquietos para, de forma organizada, procurar modificar o modelo de assistência à saúde.

A participação da população, e seus grupos organizados, na gestão dos serviços de saúde, principalmente através dos conselhos e conferências de saúde, representa grande avanço no processo de democratização da sociedade brasileira e tem ajudado a pensar os caminhos de superação da democracia representativa, conquista ainda recente na América Latina. A sociedade não aceita mais apenas eleger seus representantes no governo para gerirem as políticas públicas durante o período de seus mandatos; no processo de gestão do Estado, já não aceita ser apenas representada pelas lideranças políticas eleitas, mas quer continuar influenciando a criação e orientação de várias iniciativas públicas. Os conselhos de saúde representam grande avanço nesse sentido. O setor da saúde foi pioneiro em tal processo no Brasil e até serviu de referência para outros setores das políticas sociais. Em nenhum desses outros setores, atingiram-se os níveis tão amplos de mobilização e organização obtidos pelos conselhos de saúde.

Apesar de tantos avanços neste campo, tem sido muito comum encontrar um forte sentimento de incômodo e insatisfação entre muitos trabalhadores sociais e lideranças populares mais envolvidos com a construção e ampliação da participação popular no setor saúde. Esse sentimento tem-se manifestado muito nos espaços de debate do movimento de educadores populares da área da saúde, aglutinado principalmente pela Rede de Educação Popular e Saúde, e está relacionado à percepção de que os diferentes conselhos e as diferentes conferências de saúde têm aberto pouco espaço para a manifestação de dimensões importantes da criação própria do mundo popular no enfrentamento de seus problemas em saúde. Percebe-se sua importância, mas constata-se, ao mesmo tempo, a inadequação desse espaço para a expressão de dimensões importantes da participação popular na saúde. Que dimensões são essas, que não conseguem ser ali expressadas? Que constrangimentos, ali presentes, dificultam essa manifestação?

Os conselhos e conferências de saúde têm-se dedicado sobretudo a temas ligados à gestão e ao planejamento das políticas

de saúde e não têm contemplado a articulação e o apoio às práticas solidárias e participativas de enfrentamento dos problemas de saúde na sociedade. No clima de embate que costuma predominar nos conselhos e conferências de saúde, exige-se dos participantes um amplo e sofisticado conhecimento dos meandros das instituições envolvidas para que seus posicionamentos sejam considerados, o que dificulta em muito a participação de ativistas que ainda não acumularam esses conhecimentos. Isso espanta a participação de outras pessoas e ajuda a perpetuar a permanência de lideranças antigas, que vão se distanciando das bases dos movimentos que representam. Dentro das organizações sociais, forma-se uma burocracia muito hábil em articulações políticas e em jogos institucionais de enfrentamento a outros participantes de movimentos sociais questionadores de seus posicionamentos. Não se encontra, no espaço dos conselhos, um ambiente de solidariedade e de investimento na participação ampliada que predomina no cotidiano da maioria dos movimentos populares. Dessa forma, foi se criando um sentimento de cansaço e desânimo entre muitas lideranças populares em relação à possibilidade de influir de forma significativa no espaço dos conselhos e das conferências de saúde; ali não se sentem à vontade. Muitas de suas propostas e questões não cabem nesse espaço; há uma tendência a serem convocados e valorizados quando os conselheiros e outras lideranças mais envolvidas no controle social precisam ser legitimados pelo apoio de sua base.

Muitos ativistas sociais e lideranças populares locais percebem esses conselhos essencialmente voltados para a orientação da ação dos serviços estatais sobre os problemas de saúde, mas, para a população, a busca da saúde não se restringe a ações mediadas pelo Estado, pois também está estreitamente ligada a iniciativas e lutas de reorganização da vida pessoal e social que, muitas vezes, a sociedade quer que sejam autônomas em relação às organizações estatais. Assim, muitos ativistas sociais e lideranças populares sentem que os espaços institucionais de participação são restritos à amplitude de suas motivações e buscas.

É muito compreensível que os profissionais progressistas de saúde, ligados à luta para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), encarem os movimentos sociais a partir da perspectiva em que se encontram. Esses profissionais, enfrentando inúmeras dificuldades e oposições e, ao mesmo tempo, preocupados em conseguir parceiros para o difícil trabalho de qualificar e democratizar as políticas públicas de saúde, tendem a ver a vida popular a partir do mirante institucional em que estão. Cobram que os grupos populares se engajem em suas lutas, nos momentos, no ritmo e na maneira que imaginam ser necessário para lutas políticas que julgam prioritárias. O controle social das políticas de saúde passa a ser visto como a totalidade da luta pela saúde dos movimentos sociais e das redes locais de apoio mútuo, quando na realidade não o é. Existem muitas outras dimensões da luta popular pela saúde que só podem ser percebidas se houver uma inserção no mundo popular não preocupada apenas com a dinamização e aprimoramento das políticas de saúde. A ação do Estado é fundamental para a saúde da população, mas não é tudo. A população, com suas iniciativas diversificadas e autônomas, vem afirmando que a sua busca pela saúde não se restringe ao que pode ser fornecido pelos serviços de saúde.

Após a criação do SUS, formou-se um amplo movimento de conselheiros e ativistas sociais muito hábeis na importante tarefa de controlar a gestão das políticas de saúde, mas que é apenas uma pequena parcela dos movimentos de solidariedade e luta pela saúde, existentes no meio popular. Infelizmente, quase todo o debate sobre a participação popular na saúde tem focado apenas nesse importante, mas restrito, setor mais organizado dos movimentos sociais e na atuação de lideranças mais aproximadas da dinâmica de funcionamento do SUS.

A atenção médica tradicional não é injusta apenas por ser oferecida de forma limitada aos pobres, mas também porque a sua racionalidade interna reforça e recria, no nível das microrrelações, as estruturas de dominação da sociedade. O seu biologicismo,

o autoritarismo do doutor, o desprezo ao saber e à iniciativa do doente e seus familiares, a imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais, o mercantilismo e a propaganda embutida dos grupos políticos dominantes são exemplos de alguns dos mecanismos entranhados na assistência à saúde oficial que se procurava superar.

Tais percepções da época ganharam ressonância com os estudos de Michel Foucault. Ele criticou as análises tradicionais da esquerda sobre o poder, uma vez que se concentram basicamente nos grandes aparelhos estatais e na burguesia. O poder seria algo mais difuso; funciona e é exercido em rede; nunca está localizado aqui ou ali, nem está somente nas mãos de alguns; não é simplesmente 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, a partir de múltiplos atores sociais. 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. O poder, para ser exercido, precisa produzir, organizar e pôr em circulação saberes que o tornem legítimo. As práticas técnicas presentes nas instituições foram sendo estruturadas a partir de saberes marcados pelos interesses dos grupos hegemônicos e contribuem para os legitimarem na medida em que lhes emprestam uma aparência meramente racional. Elas induzem, na população, comportamentos e formas de encarar a vida que estejam de acordo com esses interesses.

A partir da contribuição de Foucault, as práticas cotidianas de conformismo e resistência que acontecem no cotidiano passaram 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 se descentraliza das instâncias partidárias, dos conselhos gestores, do aparelho estatal de direção política e do comando das

grandes empresas para se estender também às complicitades, apoios e resistências que envolvem todo o tecido social e também à reorientação dos saberes que orientam as práticas institucionais (Foucault, 1985).

Muitas práticas, que hoje marcam as características de funcionamento dos serviços brasileiros de atenção primária à saúde, foram delineadas com base em experiências de saúde comunitária que se multiplicaram a partir da década de 1970 por influência da Educação Popular. Dentre essas práticas, podemos citar as seguintes: a valorização da ação educativa de agentes comunitários de saúde da própria comunidade; formas grupais de enfrentamento de problemas de saúde específicos (grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros); ênfase na construção de ações de saúde integradas aos movimentos sociais locais; conselhos locais de saúde que buscavam estruturar-se de forma inclusiva e participativa; envolvimento da equipe de saúde em lutas políticas locais; gestão do trabalho dos profissionais por meio de rodas de discussão, estudo e negociações que incluíssem todos os membros da equipe; valorização de dimensões emocionais, artísticas e espirituais nos grupos; integração com práticas e saberes populares, etc.

O investimento em práticas comunitárias solidárias de enfrentamento dos problemas de saúde tem sido, muitas vezes, visto como algo do passado. Nessa perspectiva, quando o Estado, na época da Ditadura Militar, era extremamente omissivo em relação às demandas sociais, os movimentos sociais foram obrigados a assumir a frente na implementação dessas práticas. Com a democratização da sociedade e a criação de um SUS regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o que passou a ser considerado legítimo foi encarar a implementação de qualquer prática de saúde como uma obrigação do Estado. À população e aos seus movimentos organizados, caberia lutar, para que tais ações fossem implementadas, e controlar sua operacionalização. O envolvimento da população com práticas de saúde passou a ser considerado algo conservador e reacionário, pois ajudaria a escamotear

a responsabilidade do Estado de prover todos os serviços necessários. O conceito de controle social passou, assim, a ser o centro do debate progressista sobre a participação da população na luta pela saúde.

No entanto, a maioria das atuais práticas técnicas de atenção à saúde foi criada regida pela lógica do capitalismo, em seus centros de pesquisa médica. São práticas que induzem ao consumo exagerado de mercadorias e serviços, reforçam os caminhos individualistas na busca pela saúde, deslegitimam saberes e valores da população, consolidam a racionalidade instrumental e fria da modernidade e reforçam o poder da tecnoburocracia estatal e empresarial. Sob sua aparência técnica e racional, elas escondem lógicas e interesses de acumulação de capital e legitimação política e, portanto, não são neutras: representam a cristalização das lógicas e interesses dos grupos que as geraram. Ao serem difundidas, reforçam a lógica capitalista na microcapilaridade do tecido social. São instrumentos dos grupos dominantes para manterem sua hegemonia cultural e política sobre o restante da sociedade.

A insistência dos movimentos sociais e das redes locais de apoio social continuaram investindo na redefinição das práticas de saúde que têm um significado político que não está sendo devidamente valorizado e explicitado entre os profissionais ligados ao campo da saúde coletiva. Ela pode ser entendida como uma tentativa de desconstrução das lógicas e interesses presentes nas práticas técnicas dominantes nos serviços de saúde e de ampliação das dimensões de solidariedade, amorosidade e autonomia entre pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde. O Movimento Sanitário, muito preocupado com a redefinição do desenho institucional do SUS, tem valorizado pouco esta insistência.

Saúde não se alcança apenas com mais e melhores serviços de saúde, tal como hoje é concebido. Saúde, entendida de forma ampla, pressupõe justiça, integração e respeito ao meio ambiente, valorização das dimensões subjetivas profundas das pessoas e democratização sem-fim das relações sociais no mundo da economia,

nas famílias, comunidades, instituições e organizações civis. Não basta investir na democratização da gestão das políticas de saúde; é preciso investir, também, nas relações sociais que criam condições para a saúde acontecer na vida das pessoas.

A assistência à saúde, pela grande presença de seus serviços na capilaridade da sociedade, pode contribuir muito para isso. Muitas experiências comunitárias vêm demonstrando a forte potencialidade das ações de saúde na reorientação da vida social. Para isso, é necessário um movimento de redefinição das práticas sanitárias e da forma como os serviços se relacionam com a população, ouvindo-se e valorizando-se as contribuições e criações já desenvolvidas nos movimentos e nas redes sociais.

Iniciativas populares podem se expandir e multiplicar com pequenos apoios das instituições públicas que respeitem sua autonomia. Muitas dessas iniciativas são frágeis e podem perder a potencialidade de solidariedade, de ampla participação e de valorização dos saberes locais próprios se tratadas de forma pouco compreensiva por gestores e profissionais de saúde, com promessas de recursos materiais. Não basta anunciar e desejar desenvolver formas dialogadas e participativas de relação com a população. Essa é uma relação assimétrica e que torna difícil o diálogo respeitador da autonomia popular. A Educação Popular tem-se mostrado um saber importante neste processo; é uma arte e um saber, desenvolvidos na América Latina e respeitados em todos os continentes, de condução desta difícil relação entre trabalhadores sociais e a população, voltados para a construção de uma sociedade sem opressão a partir da participação ampliada dos grupos sociais subalternos e seus movimentos.

A democratização radical da vida social tem grande efeito no processo de democratização interna das políticas de saúde por caminhos muito mais amplos que o simples fortalecimento dos conselhos e suas conferências voltadas para o controle de sua gestão. Muito se discute hoje sobre como fortalecer o controle social mediante estratégias de apoio e reorganização dos conselhos e

conferências de saúde. Há muito que se fazer nesse sentido, mas o controle social pleno só virá com a democratização radical da vida social, o que exige enormes esforços a serem desenvolvidos fora do espaço de tais conselhos e conferências. Esse processo depende de dinâmicas políticas e econômicas gerais, mas o setor de saúde terá muito com o que contribuir se passar a encarar o investimento na democratização da vida social e o enfrentamento das opressões como parte central do trabalho de promoção da saúde.

Referência

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

TÍTULOS PUBLICADOS NA COLEÇÃO "SAÚDE EM DEBATE" ATÉ DEZEMBRO DE 2013

- 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 al.
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 Barenblitt
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 al.
Lacantçoas, Gregorio Barenblitt
Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital? Lea Beatriz Teixeira Soares
Minhas Pulgas, Giovanni Berlinguer
Mulheres: Sanitaristas de Pés 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 Tasca
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, Luíza 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 Dalgallarrondo
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, Ubiratan de Paula Santos (org.)
Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes
Saúde Loucura 4, Gregorio Barenblitt 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, Sueli 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 Brasis: 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. Vasconcellos (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 Marsignia
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 Baptistela 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 Baremblitt (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 Antimamomocional, Ana Marta Lobosque
Modelos Tecnossistêmicos em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva, Aluísio G. 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 Llanos 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 Médico, 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 "Cacatu" 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
Saúde Loucura 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: Cboque de Povo, Maria Fátima de Souza
A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano, Angelina Harari & Williams 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 Souza (org.)
O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica, Rosana Onocko Campos
Saúde Paidéia, Gastão Wagner de Sousa Campos
Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica, Kenneth R. de Camargo Jr.
Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas, Marcos Drumond Júnior
O 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 Chapeço: 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 Dellarozza & 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
Saúde e Desenvolvimento Local, Marco Akerman
Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro, Maria Maeno & José Carlos do Carmo
A Espiritualidade do Trabalho em Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva, Rogério Carvalho Santos
As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura, Marilene Cabral do Nascimento
Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simão
Tratado de Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática, Paulo Rosenbaum
A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoçados Crônicos, Ana Maria Canesqui (org.)
Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas, Ana Luíza Zaniboni Gomes
SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)
SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública, Vânia Barbosa do Nascimento
Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre... , Gastão Wagner de Sousa Campos
Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta é Sobral, Anamaria Cavalcante Silva
A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde, Nelson Filice de Barros
O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde, Gustavo Nunes de Oliveira
As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)
Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP, Juan Carlos Aneiros Fernández, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)
O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise, Lília Blima Schraiber
Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luísa Sandoval Schmidt & Fabio Zicker (orgs.)
Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações, Sandra Abrahão Chaim Salles
Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero (orgs.)
Saúde Comunitária: Pensar e Fazer, Cezar Wagner de Lima Gois
Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benevides
Saúde, Desenvolvimento e Território, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)
Educação e Saúde, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)
Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS, Solange L'Abbate
Infância e Saúde: Perspectivas Históricas, André Mota & Lília Blima Schraiber (orgs.)
Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade, Sérgio Resende Carvalho, Sábriana Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)
Medicina e Sociedade, Cecília Donnangelo
Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva, Eduardo L. Menéndez
Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira
A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família, Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)
Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS, Charles D. Tesser (org.)
Saúde e História, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria
Violência e Juventude, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski
Walter Sidney Pereira Leser: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública, José Ruben de Alcântara Bonfim & Sílvia Bastos (orgs.)
Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)

Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bábia) 1997-2008, Jorge José Santos Pereira Solla

Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos

Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares, Marcelo Castellanos

Power, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena

Política e Gestão Pública em Saúde, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)

Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)

O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)

Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)

Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind

Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS, Maria Lucia Frizon Rizzotto

Masculino e Feminino: a Primeira Vez. A Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência, Silmara Conchão

Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)

Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática, Maria Inês Nogueira

Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica, Raimunda Magalhães da Silva, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)

Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde, Nelson Filice de Barros (org.)

Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado, Áquilas Mendes

A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde, Georges Maguerez

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 Psíquica: apoio e gestão 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.)

SÉRIE "LINHA DE FRENTE"

Ciências Sociais e Saúde no Brasil, Ana Maria Canesqui

Avaliação Econômica em Saúde, Leila Sancho

Promoção da Saúde e Gestão Local, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)

Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros

História da Clínica e a Atenção Básica: o Desafio da Ampliação, Rubens Bedrikov & Gastão Wagner de Sousa Campos



