



Eduardo apresenta Lia: Além de ser a mulher da minha vida, Lia é uma estudante de medicina que tem uma relação toda especial com o Mistério.

Lia apresenta Eduardo: Nas noites sem luar, era ele a estrela. Poeta, médico comunitário, meu Nêgo.

Lia e Eduardo apresentam Eymard: Eymard é para nós a perfeita tradução do mestre: um grande amigo que de nossa inquietação soube extrair o belo.

Eymard, professor da UFPB, mora em João Pessoa. Lia, estudante de medicina da Uerj, mora no Rio de Janeiro. Eduardo, estudante de medicina da UFRGS, morava em Porto Alegre. Em 2001, os três se conheceram em uma discussão sobre extensão universitária organizada pela Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Logo depois, Lia e Eduardo começaram a namorar e, em 2006, vão se casar. Eymard, já fascinado com o saber e a criatividade estudantil, passou a se corresponder com Lia pela Internet e conheceu algumas histórias que ela escrevera sobre vivências no projeto que participava na Uerj (Alunos na Praça). Ficou encantado com sua sensibilidade e capacidade de expressar os dilemas presentes na formação universitária em saúde. Pensou: "isto precisa se tornar público" e começou a publicá-las na lista de discussão pela Internet da Rede de Educação Popular e Saúde. As narrativas de Lia despertaram intenso interesse e debate. Lia, surpresa com a força de comunicação e problematização de seus textos, foi ganhando confiança no seu modo introspectivo de lidar com suas inquietações. Os textos vivenciais de Lia motivaram outras pessoas da Rede a escreverem textos semelhantes. Eduardo também se animou a escrever e suas histórias também fizeram sucesso na Rede. Impressionados com a repercussão, os três perceberam que este filão merecia ser mais explorado. Então pensaram: "por que não solicitar, nos vários movimentos estudantis do setor saúde e na Rede de Educação Popular e Saúde, mais textos vivenciais sobre os caminhos e dilemas da formação universitária preocupada com a humanização da assistência à saúde e, assim, formar um livro?"

Este livro é fruto de três anos de trabalho que assim começou. Um livro construído com amizade, Internet, movimento estudantil e Educação Popular.

Os corredores das universidades testemunham a reprodução de uma prática opressora de saúde. O ensino autoritário e a relação negligente com a vida, a dor e a precariedade humana, há tempos, descolorem e enfeiam suas paredes.

Mas, reparando-se com atenção, eis que ouvimos, nos espaços informais da academia, cantos, ainda pouco sonoros, de jovens que dialogam com o velho e propõem o novo. A vida pulsa intensamente nos corredores da universidade, provocando estudantes, professores e pessoas em atendimento a articularem criativas cantigas, colorindo e alegrando suas salas de aula e de atendimento com arte, humanidade e recuperação da saúde.

Este livro procura mostrar os pequenos jardins de inverno existentes nas frias universidades onde nossos profissionais de saúde são formados. A partir de depoimentos de alguns inconformados buscadores do ser mais, tenta revelar caminhos do movimento que vêm experimentando e difundindo um significativo saber de reorientação do aprendizado.

São histórias carregadas de emoção, perplexidade e compromisso social que denunciam o velho e anunciam o novo.



ISBN: 978-85-8404-064-3



PERPLEXIDADE NA UNIVERSIDADE
VASCONCELOS, FROTA & SIMON

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS
LIA HAIKAL FROTA
EDUARDO SIMON
organizadores

PERPLEXIDADE NA UNIVERSIDADE vivências nos cursos de saúde

2.^a edição



HUCITEC EDITORA

Sabemos da dor imensa que é ver dimensões fundamentais da nossa saúde serem menosprezadas, no momento confuso e tenso da crise da doença, por profissionais que nos tratam com a atenção focada apenas no órgão de nosso corpo considerado avariado, como se fossem apenas mecânicos de gente. Por causa dessa dor, investir e estudar novos caminhos para a formação profissional em saúde é urgente e importante.

A construção de novos formatos para o ensino em saúde não pode depender apenas da formulação de propostas pelos grandes estudiosos do campo ou pelas lideranças institucionais. É preciso ouvir as insatisfações, as reflexões e os sonhos dos estudantes e professores que vêm cotidianamente tentando driblar as dificuldades e construir iniciativas de superação. Há na universidade brasileira um movimento antigo de busca de novas formas de ensino que vêm experimentando e difundindo um significativo saber de reorientação do aprendizado. Para um conjunto considerável de estudantes mais comprometidos com a transformação social, estruturou-se um currículo informal que, ao mesmo tempo, critica o modelo dominante de ensino como também aponta caminhos, já testados e aperfeiçoados na atual estrutura universitária, para uma reforma mais ampla. É preciso escutar este movimento.

Este livro procura trazer à tona esse saber crítico e propositivo mediante histórias sobre vivências no cotidiano acadêmico que marcaram, de modo negativo ou positivo, a formação de estudantes e ex-estudantes, representantes dessa parcela dinâmica da universidade brasileira. São histórias carregadas de emoção, perplexidade e sonho que denunciam o velho e anunciam o novo.

Contato com os organizadores:
eynard.vasconcelos@gmail.com
liahaikal2003@yahoo.com.br
eduardosimon@pop.com.br

Saúde em Debate 169

DIREÇÃO DE

Gastão Wagner de Souza Campos

José Ruben de Alcântara Bonfim

Maria Cecília de Souza Minayo

Marco Akerman

Yara Maria de Carvalho

EX-DIRETORES

David Capistrano Filho

Emerson Elias Merhy

Marcos Drumond Júnior

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

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

SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2013

- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ),
Sueley Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni,
Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Elias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
- Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*, Rosana Onocko Campos
- A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos*, Paulo Henrique Fernandes Silveira
- Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde* (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto
& Alexandre de Oliveira Henz
- Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha
& Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
- Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares*,
Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
- Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva*, Giovanni Gurgel Aciole
- Diálogos sobre a Boca*, Carlos Botazzo
- Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos*, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da
Silva & Samira Valentim Gama Lira
- Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos*, Túlio Batista Franco & Emerson Elias
Merhy
- Adoecimentos e Sofrimentos de Longa Duração*, Ana Maria Canesqui (org.)
- Os Hospitais no Brasil*, Ivan Coelho
- As Bases do Raciocínio Médico*, Fernando Queiroz Monte
- A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-
1985)*, Felipe Monte Cardoso
- Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização*, Ana Luiza d'Ávila Viana
- Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato
(orgs.)
- Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS*, Kathleen Elane Leal
Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
- Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios*, José Patrício Bispo Júnior (org.)
- Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*, Pedro
José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmiento, 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 Peréz Coelho
- Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Alcool, Crack e
Outras Drogas*, Mirna Teixeira & Zilma Fonseca (orgs.)
- 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

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

PERPLEXIDADE
NA UNIVERSIDADE
vivências nos cursos de saúde

DE EYMARD MOURÃO VASCONCELOS
NA HUCITEC EDITORA

Educação Popular nos Serviços de Saúde

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

Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família

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

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

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

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

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS
LIA HAIKAL FROTA
EDUARDO SIMON
ORGANIZADORES

PERPLEXIDADE
NA UNIVERSIDADE
vivências nos cursos de saúde



2. edição

HUCITEC EDITORA
São Paulo, 2015

© Direitos autorais, 2006, de organização, de
Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota & Eduardo Simon.

© Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.,
Rua Águas Virtuosas, 323 02532-000 São Paulo, Brasil
Tel./Fax: 55 11 2373-6411

lerereleer@huciteceditora.com.br
www.huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Coordenação editorial
MARIANA NADA

Assessoria editorial
MARIANGELA GIANNELLA

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

IMAGEM DA CAPA

Obra de **Maria do Socorro Santos**, pintora e militante do Movimento da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro, falecida em março de 2005. Evoca o olhar cheio de perplexidade diante dos mistérios da vida, semelhante ao de muitos estudantes que narram, neste livro, suas histórias. A pintura, através de um estilo predominantemente surrealista, foi para Socorro a forma privilegiada de expressar sua individualidade, de reconstruir um projeto de vida e trabalho e de participação nas lutas sociais. A reprodução de qualquer de suas imagens só pode ser feita mediante autorização do *Projeto Maria do Socorro Santos*, que detém os direitos autorais da obra da artista. Além disso, seus melhores quadros estão disponíveis em cópias de excelente qualidade, em papel couchê, tamanho A3 ou A4. Contatos: Instituto Franco Basaglia, Av. Wenceslau Brás, 65, 1.º andar do Instituto Pinel – Cep 22290-140 Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Telefones: (21)2542-3049 ramal 2109, ou (21)2295-1857. Internet: www.ifb.org.br e e-mail: ifb@ifb.org.br.

Vasconcelos, Eymard (org.)

Perplexidade na universidade: vivências nos cursos de saúde/Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Frota, Eduardo Simon. – 2 ed. – São Paulo: Hucitec Editora, 2015. (Saúde em Debate, 169)

ISBN 978-85-8404-064-3

1. Ensino universitário – Saúde 2. Educação – Saúde 3. Movimento estudantil

CDD 372.37

Índice para Catálogo Sistemático

Saúde – Educação 614

Educação – Saúde 372.37

Movimento estudantil 320

SUMÁRIO



	PÁG.
APRESENTANDO COM UMA HISTÓRIA:	11
O bicho	
LIA HAIKAL FROTA	
APRESENTANDO COM UMA EXPLICAÇÃO:	14
Escutar a experiência estudantil	
EYMAR D MOURÃO VASCONCELOS	
VIVÊNCIAS	
1. Crônica de mortes anunciadas	19
ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO	
2. Uma experiência, uma vivência: a orientação humanizada	22
ALBERTO CARLOS DE OLIVEIRA & ANNA CAROLINA SILVEIRA	
3. Currículo invisível: da lagarta a borboleta	28
ALINE BARRETO DE ALMEIDA	
4. Vivendo a medicina e contando histórias do coração	31
ALICE COSTA UCHOA	
5. Mania de fodeza	41
ANDRÉ AHMED PEREIRA	
6. Fragments da minha história de vida: sou formanda da universidade popular	43
ANA GUILHERMINA REIS	
7. Dilema de uma estudante	51
CHRISTIANE SAYURI IGARASHI	
8. Doença não é só o que a gente vê, mas o que a gente “sente”	53
DANIEL DE ARAÚJO BATISTA	
9. Experiências que marcam	57
DANIELLA DE SOUZA ALMEIDA FERREIRA	

10. Universidade, lugar de rico aprendizado fora das aulas	65
DARLLE SOARES SARMENTO	
11. Oficina de emoções	72
EDNEY DE VASCONCELOS	
12. Em volta dos cadáveres da anatomia	77
EDUARDO SIMON	
13. Em volta dos cadáveres da anatomia II	80
EDUARDO SIMON	
14. Cuidado com o cuidado: o caso da fila do toque e a implicação do ato de cuidar	84
EMERSON ELIAS MERHY	
15. A capa de Superman	90
EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	
16. O encontro do grande amor de minha vida	92
EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	
17. Passagem para a objetividade	97
EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	
18. O óbvio negligenciado	99
FELIPE CARVALHO	
19. Formiga atômica	101
FELIX ALBERS	
20. Quixote	103
FELIX ALBERS	
21. Perspectivas de um despertar	106
FERNANDA GONDIM	
22. Medicina	110
FERNANDA TOMÉ	
23. Nos corredores de uma emergência	113
GRACIELA E. PAGLIARO	
24. A empatia do usuário	118
HEBRÉIA MARIA RAMOS BARBOSA DA COSTA	
25. O Amor transforma muito	121
JULIANA SOUZA OLIVEIRA	
26. Construindo uma visão coletiva	125
JUCIANY MEDEIROS ARAÚJO	
27. Canções divinas	127
LEDA MARIA FONSECA BAZZO	
28. Escola médica	131
LIA HAIKAL FROTA	

29. Tateando os mistérios da morte	135
LIA HAIKAL FROTA	
30. A visitante	137
LIA HAIKAL FROTA	
31. Um almoço especial	139
LUCIANO BEZERRA GOMES	
32. Uma percepção sobre cidadania	142
LUCIANO BEZERRA GOMES	
33. Uma visão popular sobre o conceito de saúde	145
LUCIANO BEZERRA GOMES	
34. Entre bentos, anjos e loucos	148
MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS	
35. E os pacientes que não vão ao posto de saúde?	154
MARCOS TIETZMANN	
36. Você decide	160
MÁRIO JOSÉ DE ARAÚJO NETO	
37. Relato de uma vivência na universidade	167
MERYELI S. ARAÚJO	
38. Meu primeiro ambulatório	170
MONIQUE BANDEIRA MOSS	
39. Se arrependimento matasse. . .	173
NELSINA MELO DE OLIVEIRA DIAS	
40. Jaleco branco	177
PAULA GAUDENZI	
41. De mecânico de gente a companheiro na luta pela vida	179
PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ	
42. Com Vida	182
PEDRO ROCHA PITTA	
43. Doente da Santa Casa	185
AUTOR DESCONHECIDO	
44. Como criar um Frankenstein em nove períodos: notas de uma criatura	187
RAPHAEL MENDONÇA GUIMARÃES	
45. O presente de Papai Noel	192
REBECA NUNES GUEDES	
46. O diário de campo	197
RENATA CRISTINA ARTHOU PEREIRA	
47. O futuro profissional de saúde	201
RENATA CRISTINA ARTHOU PEREIRA	

10	SUMÁRIO	
48.	Dia de contar história	206
	ROBERTO PIAUÍ	
49.	Precisa de médico?	209
	ROBERTO PIAUÍ	
50.	Crônica por um sentido	211
	RODRIGO CAPRIO LEITE DE CASTRO	
51.	Uma história	215
	RODRIGO GONÇALVES FERNANDES	
52.	Queixadinha — do outro lado do mundo	218
	ROSÂNGELA TEIXEIRA	
53.	E agora?	224
	VANESSA DE ARAÚJO XISTO	
	REFLEXÕES	
1.	Formação de profissionais da saúde: reflexões a partir de vivências estudantis	231
	REINALDO MATIAS FLEURI	
2.	Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida	265
	EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	

APRESENTANDO COM UMA HISTÓRIA O bicho

LIA HAIKAL FROTA

UM DIA acordei com um desconforto na garganta. Ardia, coçava, doía. Foi dando-me uma agonia, que eu não conseguia nem dormir mais um pouco, nem muito menos aprontar-me para ir à faculdade. Era o bicho.

Ele disse-me que precisava gritar. Estava lá entupindo a minha garganta e precisava gritar. Essa é boa. . . porém, percebendo-me em desvantagem, resolvi não contrariá-lo. Tentei somente uma negociação: “poxa, bicho, não pode ser depois da aula?”. “Não.” “Ah, segura esse grito só mais um pouco, toma um café comigo. . .” “Não.”

Então, cedendo, deixei-o à vontade. E de minha garganta saiu um bolo de papel amassado e meio molhado, com um texto. Um desabafo. Uma confissão. Um pedido de mudança: o grito do bicho.

E assim, mais aliviada e com a garganta desobstruída, comecei a reparar naquele bichinho danado. Dei-me conta de que ele já era meu inquilino há tempos, conhecia todo meu histórico de estudante de medicina e vivera comigo cada experiência.

Fui então lembrando-me de suas peripécias por dentro do meu corpo. Nos dias em que tinha de assistir a vinte aulas maldadas e passar a noite decorando coisas (para nunca chegar a ser um computador de bolso), sentia-o rodopiar na boca do estômago. Ao deparar-me de frente com a prática médica hospitalar, no terceiro ano, ele fez tanto, que era uma náusea constante o que me dava.

Cheguei mesmo a pensar que não estava no lugar certo. A anamnese médica e o exame físico não davam conta! É essa a melhor compreensão que podemos ter do humano? “Ah, Lia, vai ver você devesse fazer algo mais ligado à arte. Medicina é isso que está aqui”. Quase cheguei a acreditar. Mas meu bichinho não deixou. Disse que medicina podia ser muito diferente daquilo ali, e eu acreditei nele.

E pode mesmo! Já senti o gostinho de fazer uma medicina cheia de sentido, e, nossa, nessa hora meu bicho deu voltas olímpicas pelo meu corpo inteiro, do dedão do pé ao fio de cabelo. A energia de seu movimento encheu minha pele de sangue e senti-me mais viva e abençoada, como que apaixonada.

Pensando nisso tudo, decidi jogar o grito ao vento. Ele chegou então às mãos e aos ouvidos do Eymard, um amigo querido que também tem um bicho muito bonito e inquieto. Ele disse-me que o grito não podia ficar só no vento e convidou a mim e ao Eduardo (meu namorado, que tem um baita bicho poeta) a pôr nossos textos num livro. E mais: disse já ter ouvido muitos outros bichos gritar, e por que não reuni-los todos nesse projeto?

Que boa idéia! Começamos, assim, eu, Eduardo e Eymard, a divulgar nossa proposta para alunos, professores e profissionais da área da saúde, e foi nisto que deu. Não foi fácil como achei que seria. Construir coletivamente, e para além das nossas obrigações cotidianas, requer esforço, paciência, humildade e fé.

Mas como vale a pena! Posso dizer que poucas coisas em minha vida foram tão emocionantes quanto ouvir os gritos de várias partes do Brasil, cada um com seu sotaque e jeito próprios. Identificar-me tão intimamente com pessoas tão distantes e mesmo desconhecidas, ver que as questões são muito parecidas e ao mesmo tempo tão plurais e dar-me conta do quão corajosos todos foram ao narrar aquilo tudo fez-me refletir muito sobre a perspectiva da construção de um novo caminho.

É a festa dos bichos. Nunca somos verdadeiramente desconhecidos, porque nossos bichos se reconhecem de pronto. E estão sem-

pre lá. Às vezes não gritam, e sim cantam, sonham, contam histórias, riem, ficam quietinhos, ou mesmo dormem. Mas estão sempre prontos a despertar e revolucionar nossas vidas, mostrando-nos o quão melhores podemos ser na louca dinâmica do mundo.

Este livro é de todos vocês que deixaram um pedaço de si nele, de todos os que virão a lê-lo e daqueles que ainda virão a fazer parte de suas páginas.



APRESENTANDO COM UMA EXPLICAÇÃO Escutar a experiência estudantil

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

VAI FICANDO CADA VEZ MAIS EVIDENTE a inadequação do modelo de ensino dominante na universidade brasileira para a formação dos profissionais de saúde. A expansão do SUS, particularmente dos seus serviços de atenção básica orientados pelo Programa Saúde da Família, aprofundou esta percepção. Nossos formandos têm muita dificuldade para abordar a complexidade dos problemas de saúde da população de uma forma que não se reduza a implementação de ações técnicas voltadas para o conserto de partes do corpo humano ou o alívio dos sintomas.

Há anos, muitas iniciativas de reforma do ensino superior em saúde vêm sendo tentadas no Brasil. A ação mais firme do Ministério da Saúde no aprofundamento destas mudanças agilizou este processo, antes dependentes apenas da iniciativa do Ministério da Educação no âmbito federal. Cresceu o interesse e o debate sobre *como* organizar o ensino dos cursos superiores do setor saúde para que os novos profissionais consigam responder de forma mais eficaz às amplas necessidades da população. Muitas iniciativas de reforma curricular passaram a ser implementadas. Professores, que antes batalhavam sozinhos e recebendo todo o tipo de crítica daqueles que não queriam mudanças mais amplas, passaram a ter suas reflexões e seu trabalho valorizados.

A construção de novos formatos para o ensino em saúde não pode depender apenas da formulação de propostas pelos grandes

estudiosos do campo ou pelas lideranças institucionais. É preciso ouvir as insatisfações, as reflexões e os sonhos dos estudantes e professores que vêm cotidianamente tentando driblar as dificuldades e construir iniciativas de superação. Há na universidade brasileira um movimento antigo de busca de novas formas de ensino que vêm experimentando e difundindo um significativo saber de reorientação do aprendizado. Para além das mudanças curriculares, criou-se um conjunto de estratégias pouco explícitas que vêm conseguindo redirecionar o ensino de muitos estudantes e gerar práticas de atenção à saúde extremamente criativas e inovadoras. Para um conjunto considerável de estudantes mais comprometidos com a transformação social, estruturou-se um currículo informal que, ao mesmo tempo, critica o modelo dominante de ensino como também aponta caminhos, já testados e aperfeiçoados na atual estrutura universitária, para uma reforma mais ampla. É preciso escutar este movimento.

Este livro procura trazer à tona este saber crítico e propositivo através de histórias sobre vivências no cotidiano acadêmico que marcaram, de modo negativo ou positivo, a formação de estudantes e ex-estudantes, representantes desta parcela dinâmica da universidade brasileira. São histórias carregadas de emoção, perplexidade e sonho que denunciam o velho e anunciam o novo. Foram histórias solicitadas e reunidas com o auxílio de encontros de direções nacionais de estudantes dos diversos cursos do setor saúde e da internet. As inúmeras listas de discussão dos vários setores do movimento estudantil e do movimento de educação popular em saúde foram muito importante. Há atualmente um impressionante número de movimentos, das mais diversas conotações, dinamizando a vida universitária. Foi um livro construído em conjunto.

Um aviso aos leitores: as histórias aqui reunidas são muito mais do que emocionantes, curiosas e inusitadas. Elas expressam um saber acumulado no movimento estudantil e docente. Contar uma experiência importante é uma forma de teorização, de leitura muito gostosa por sinal. A maneira de narrar e a seleção dos aconteci-

mentos contados já refletem uma visão teórica. A narração traz à tona uma quantidade de elementos que ultrapassam as tentativas de síntese conceitual. Revela, em parte, a força teórica de um evento, mesmo que esta teoria não seja claramente explicitada. A narração, de certa forma, rompe os sistemas teóricos vigentes porque é irreduzível a eles. Ela ressalta as dimensões da intriga, do acaso, do espontâneo, da emoção e do irracional existentes na vida humana que, em geral, não têm espaço nas sínteses teóricas. Para nós que organizamos este livro, a oportunidade de contato com estas histórias significou muito mais que um deleite. Surpreendeu-nos por sua capacidade de nos ensinar. Muitas destas histórias foram utilizadas com muito sucesso como material pedagógico em reuniões com estudantes e com movimentos para desencadear debates sobre o trabalho em saúde.

O esforço de juntar e divulgar estas vivências cheias de perplexidade e luta foi motivado pela crença na importância política de valorizar este saber construído de forma múltipla e não planejada por iniciativas de tantas pessoas espalhadas por todos os recantos da nação. É uma estratégia de buscar que a mudança das políticas de saúde e educação incorpore as experiências, os interesses e as peculiaridades da base da sociedade, não se restringindo às propostas dos grandes gestores institucionais e dos intelectuais. É também um reconhecimento à garra, beleza e criatividade de tantos estudantes e professores em constante luta por ser mais.



EYMARD MOURÃO VASCONCELOS é professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em estágio de pós-doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, Rio de Janeiro.

VIVÊNCIAS



CRÔNICA DE MORTES ANUNCIADAS

ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO

LEMBRO QUE NUNCA SOUBE BEM AO CERTO os motivos que me levaram a fazer vestibular para Medicina. A única coisa que realmente tinha certeza, era que lutando contra a dor e o sofrimento poderia ajudar pessoas, fazê-las felizes e também encontrar meu próprio caminho. Imaginava, talvez, que poderia tornar-me detentor dos segredos dos xamãs e, assim, poderia vencer-te.

Quando dei por mim, estava lá, te encontrando pela primeira vez. Num barraco cheio de gente, vi um pequeno ser cair em uma de suas primeiras batalhas. Senti-me de mãos atadas. Revoltado por saber que a tua vítima poderia ter sido salva se um pozinho tivesse matado o treponema que palidamente coloria o rosto daquela criança. Sofri ao saber que tudo era diferente das transparências amareladas, das fotocópias dos cadernos, das noites perdidas na anatomia dos corpos de sentimentos e pensamentos formolizados. Ali, quase vi morrer meus sonhos, vendo o tempo passar entre meus dedos, nas enfermarias onde muitos passavam pelos pacientes em busca de suas doenças e de notas no final dos semestres.

Desde então, muitas vezes te encontrei. No olhar perdido da negra menina que partiu sem causar estranhamentos ou comoção. Nos últimos sopros de vida do coração reumático da minha primeira paciente e em outros tantos e sofridos encontros. Passado o tempo, pelo menos já conhecia teus passos ao longe. E tive tempo

para aproveitar os últimos sorrisos daquela menina que morreu na pediatria.

Padecia da frustração de aprender uma ciência que não era ciência da vida das pessoas. Para não esmorecer, buscava outros saberes, outras faculdades que me ensinassem a cuidar dos sorrisos das enfermarias e das vilas, das crianças correndo felizes e de tudo mais que há no mundo. Num mundo paralelo, visitava famílias nas periferias, proseava com pacientes e alimentava-me da ilusão de que num dia iria dormir estudante e, no outro, acordaria médico como se o sono me trouxesse as certezas e armas de que precisava para poder te encarar.

Vieram canudo e carimbo, e mesmo assim perdi as contas dos momentos em que tu insistias em vir. Sagaz, faminta e cada vez mais obstinada. Tanto que lembro estar caído em decepções e lamúrias, num plantão, e ser salvo por uma senhora em estado confusional, que não sabia data, idade e lugar, mas que olhou no fundo dos meus olhos e soube afetuosamente dizer que eu tinha sido ótimo para ela.

Após algum tempo, passei a te enfrentar de peito aberto. Em muitas batalhas, até me fazia temporariamente vencedor, mas ao fim, o gosto da vitória era muitas vezes substituído pelo questionamento sobre a validade de medicar pessoas para perpetuar o sofrimento de algumas vidas que pareciam só dores.

Havia encontros com momentos inusitados. Como o dia que cheguei à enfermaria da oncologia para atender a uma senhora de origem nipônica e entre um tum e um tá, ela me interrompeu e me chamou de Musashi, um lendário guerreiro japonês. Algo tão estranho que confesso ter passado horas pensando se isso era um elogio ou insulto, pois guerreiros são muitas vezes teus mensageiros.

Não tardaria, e um dia, na mesma enfermaria, encontrei um homem de uns sessenta anos que mal cabia na cama e nos apresentamos: eu, Musashi, o médico guerreiro cheio de derrotas, e ele, Affonso, um homem prestes a te encontrar.

Foram várias manhãs, muitas hemoptises. Affonso, além de dois cânceres, parecia ter poucos amigos e nunca me lembro de tê-lo visto com visitas, nem muito menos de alguém vir me perguntar como ele estava. A cada dia que chegava, olhava para a cama para ver se ele ainda estava lá. Depois conversávamos, nos examinávamos e ficávamos na contagem regressiva para tua chegada.

Certa vez, percebi no olhar de Affonso um lampejo de coragem. Algo tão forte que instantaneamente nossos olhares pactuaram mudanças para as regras do jogo. Naquele dia, esqueci da ausculta e lembrei-me de deter-me a escutar sua alma. Decidi colocar em prática os ensinamentos dos mestres invisíveis e substituímos, eu e Affonso, o tratamento. Na prescrição, ao lado dos cuidados gerais, lia-se: refrigerante, balas, chapéus e balões de aniversários além de doses generosas de esperança. Ao invés de esperar tua chegada te convidamos para sentar a beira do leito e passar conosco aquele fim de tarde.

Sentamos, conversamos, comemos, brincamos, até o momento em que Affonso sorriu ao sentir chegar sua hora. No seu último ato, fitei seus olhos e neles percebi que tinha me tornado o Médico que sempre quis e que a faculdade não me ensinou a ser. Além disso, desde aquele dia, ficou a sensação de que tudo valeu a pena. Por fim, hoje, na nossa última reconciliação, na minha última e eterna festa, quero pedir para ficarmos felizes e para brindar a vida.



ALEXANDRE MEDEIROS DE FIGUEIREDO é médico, recentemente formado pela UFPB.

UMA EXPERIÊNCIA, UMA VIVÊNCIA: A ORIENTAÇÃO HUMANIZADA

ALBERTO CARLOS HOTT DE OLIVEIRA
ANNA CAROLINA SILVEIRA

TEXTO DE ALBERTO

TUDO COMEÇOU ANTES DO MEU INGRESSO na Universidade, precisamente quando minha mãe veio a falecer de um câncer cujo significado, naquele momento, não ficou claro para mim. Ela era o pilar emocional da família e passava por um período difícil, pois brigas e problemas de ordem familiar estavam acontecendo. Foram, talvez, esses três anos antecedentes à sua morte, os mais tristes e problemáticos de sua vida, marcados por períodos de tristeza profunda e trabalho excessivo. O falecimento de minha mãe deixou-me inúmeras indagações sobre a origem e o desenvolvimento da doença. Tentei ao máximo respondê-las, mas algumas pareciam, naquele momento, estar além da minha capacidade intelectual. Todavia, elas não estavam além da esperança, que me levava a sonhar e manter a vontade de encontrar tais respostas.

Portanto, o meu interesse de conhecer o mundo do ser adoecido com câncer nasceu da minha própria dinâmica de vida, em que obstáculos se apresentaram à minha frente, desafiando-me para a sua superação. Foi com este desafio que cheguei à universidade. Ele me deu forças para buscar novos caminhos fora do currículo ofi-

cial. Obrigou-me a resgatar *armas* anteriormente produzidas por outros estudiosos para compreender o processo de vida e morte. A vontade de ajudar as famílias e as pessoas com câncer levou-me ainda a procurar novas *armas* como a amizade com outros companheiros de busca. Este ato de enfrentamento/luta/superação me possibilitou reconhecer, aprender e construir novos conhecimentos sobre relações humanas, sobre a sensibilização e a valorização da vida, com suas dificuldades e alegrias.

Já a partir do momento em que entrei na Universidade, as reflexões críticas que tive acesso na literatura começaram a ser mais aprofundadas e a me guiar para respostas ainda mais complexas e para formulações ainda mais difíceis. Entretanto, no momento em que começava a me debruçar sobre a literatura, descobri obstáculos e barreiras que deveria ultrapassar. Tais obstáculos são constituídos pela predominância, na área da saúde, da visão causal-determinista. Esta visão abrange áreas do conhecimento que através de suas especializações não percebem o ser humano como um sistema unitário, mas como um ser dividido em partes que são analisadas isoladamente.

Comecei a sentir que o meu conhecimento popular e religioso não mais conseguiria suprir sozinho minhas necessidades e percebi que era no conhecimento científico e filosófico mais aprofundado que encontraria informações complementares. Mas estava confuso diante de tantos saberes contraditórios entre si.

Tive a necessidade de procurar alguém que me ajudasse, pois era difícil responder a minhas indagações só. Entretanto, havia alguns obstáculos iniciais a serem superados, como a insegurança e o medo de que não dessem o devido valor ao que pra mim era mais importante: respeitar-me e responder às minhas indagações. Não havia outro jeito, senão procurar por uma pessoa que fosse próxima, compreensiva e que tivesse valores semelhantes. Naquele momento, havia uma pessoa com a qual tinha estabelecido, ao longo da graduação, uma relação de confiança e segurança: Ruth Mylius Rocha, para mim muito mais que uma professora de saúde mental

da Fenf-Uerj e doutora em saúde coletiva, uma grande amiga. Fui até a Ruth, que, com toda gentileza e interação se propôs a me orientar. Reunimo-nos e conversamos, na tentativa de organizar o meu pensamento, que espontaneamente sempre transcendeu a realidade vivenciada pela maioria das pessoas.

Neste primeiro momento, o acolhimento proporcionado fez-me perceber que os meus medos e preocupações seriam respeitados. Éramos apenas nós dois. A atenção que me foi dispensada fez com que eu acreditasse ser compreendido, e mais: o mínimo que possuía estava sendo valorizado. Tal atitude foi fundamental para que eu superasse meus obstáculos iniciais, para então iniciar o processo de construção e desenvolvimento do meu conhecimento. Outras reuniões ocorreram, e a cada novo encontro, o acolhimento e as estratégias das relações interpessoais estavam mais presentes.

O acolhimento, as habilidades interpessoais e o conhecimento, que me proporcionou na orientação, me levaram a concluir o seguinte: eu queria estudar esses vários fatores que se somam e resultam em um câncer e futuramente propor uma forma de agir que integrasse o ser adoecido e os profissionais de saúde na luta contra a doença. A partir daí, perguntei-me sobre a possibilidade de construir um cuidar para o ser adoecido com câncer que fosse personalizado, holístico, respeitando as etapas do desenvolvimento humano, isto é, um cuidar que visse esse ser como um todo e que compreendesse a integralidade em suas diversas dimensões.

Percebia, no entanto, que algumas dificuldades se faziam presentes: como transcrever aquelas necessidades meio nebulosas que se encontravam em meu interior? Era difícil, pois com o meu pensamento sempre muito grandioso de querer, naquele momento, encontrar a cura para o câncer, não conseguia enxergar o mais simples. Foi então que Ruth apresentou-me a outra professora doutora da Fenf-Uerj, Eloita Pereira Neves, para juntos vencermos este obstáculo e concretizar o possível. Após alguns minutos de conversa, Eloita, com sua ternura, sensibilidade e conhecimento, fez-me perceber a grandiosidade do ser humano que estava diante de

mim. Não tive dúvidas de que ela seria a pessoa certa para, junto com a professora Ruth, guiar-me para um caminho de crescimento intelectual, humano e, se assim posso dizer, espiritual. Eloita proporcionou a mim, e acredito que a Ruth também, ensinamentos muito importantes, principalmente para entender o sujeito pesquisador e os atores envolvidos como parte da pesquisa, ajudando a deixar mais clara a sua vontade interior, carregada de emoções, vivências e vontade de humanização.

Várias foram as vezes em que nos reunimos, discutimos e re-discutimos a pesquisa. Posso acrescentar que a cada término de reunião, me sentia cuidado e aprendendo a me cuidar; era uma nova pessoa, com pensamentos cada vez mais evoluídos e isto me dava mais vontade de superar minhas barreiras intelectuais, pois possuía pouco conhecimento científico sobre o assunto. Nestas orientações pude observar que jamais conseguiria construir este cuidar sozinho, deveria construí-lo em conjunto, para que cada uma das dimensões do conhecimento estivessem presentes. Percebi também que deveria dividir este aprendizado magnífico que minha orientadora permitiu-me obter e, sendo assim, convidei minha amiga de graduação Anna Carolina Silveira, que com sua sensibilidade e destreza me ajudaria neste caminhar. Em conjunto, obtivemos grandes conhecimentos e aprendizado ao longo dos encontros.

Aprendi que, não só o meu conhecimento popular e religioso, mas também o de todos nós, são, mais do que importantes, necessários. Comecei a rever criticamente a literatura sobre o câncer e abordagens de pesquisas com esta visão holística e transdisciplinar. Toda e qualquer dúvida era discutida e construímos, juntos, as respostas. Foram estas atitudes e reflexões que me permitiram começar a concretizar meu sonho. A partir de uma forte necessidade pessoal acolhida por alguns professores, consegui criar um caminho próprio e criativo de inserção na enfermagem.

TEXTO DE ANNA CAROLINA

MEU INGRESSO NESTA EXPERIÊNCIA aconteceu de forma muito natural e teve um significado ímpar, tanto na minha vida pessoal, quanto na minha vida acadêmica e profissional. Encontrei, num primeiro momento, no Alberto a possibilidade de expressar idéias, antes pensadas e ainda agregar conhecimentos.

Iniciamos o nosso contato de forma muito sincera e empática, visto que compartilhávamos de pensamentos semelhantes. A cada encontro, uma nova descoberta e a cada descoberta um novo aprendizado. Contudo, era das questões vindas do que já conhecíamos que se fazia necessária a orientação de pessoas mais experientes. Pudemos, assim, sob orientação de duas pessoas maravilhosas, dar continuidade a um trabalho há muito sonhado.

Compartilhamos momentos maravilhosos sob o olhar de uma orientação humanizada e provida do acolhimento. Posso dizer que em todos os encontros, embora tivessem sido poucos, pude aprender com cada uma daquelas pessoas, também comigo mesma, pois tive oportunidade de ouvir e ser ouvida. Participei de forma ativa nesse processo e fui percebendo que cada passo dado era um novo aprendizado, ainda que este passo parecesse estar sendo dado para trás, nada era à toa.

Acredito que ter feito parte deste trabalho me fez abrir os olhos para a magnitude das relações humanas e seu poder de mudança e crescimento. Almejar que toda orientação seja feita dessa forma seria utópico, visto que cada um pensa e age de formas distintas. Mas também penso que nada é impossível, para quem sempre se propõe a fazer algo diferente e transformador numa realidade que todo dia precisa ser modificada.

NOTA: Cada aluno traz uma história pessoal própria que é fonte de sua busca de ser mais. A presença de professores

sensíveis e disponíveis para acolher estas demandas tão carregadas de energia transforma o ensino, tornando-o criativo e diversificado. É preciso que professores sejam contratados não apenas para dar aulas, mas para fazer pesquisa e extensão com os alunos.



ALBERTO CARLOS HOTT DE OLIVEIRA e ANNA CAROLINA SILVEIRA são estudantes de enfermagem da Uerj.

CURRÍCULO INVISÍVEL: DE LAGARTA A BORBOLETA

ALINE BARRETO DE ALMEIDA

INÍCIO DAS PRIMEIRAS AULAS NA UNIVERSIDADE. Cadáveres me cercam, alguns até parecem olhar profundamente, de safiando-me. O modo frio como os corpos são minuciosamente estudados, na sua forma puramente orgânica, fazia-me refletir sobre o verdadeiro papel desses “objetos” de estudo. Parecia-me natural a necessidade ou curiosidade de conhecer as histórias de vida daqueles cadáveres, mas a pressão e a obrigação de saber todos os seus detalhes anatômicos fizeram-me esquecer da minha paixão, que ficou parecendo ingênua, aceitando como normal tudo o que antes tinha como anormal.

As angústias e incertezas sucediam-se. As aulas não passavam de informações depositadas por um detentor único do saber, a quem devia meu respeito e admiração por tal posição. Sentia-me no papel de um religioso no sublime momento da confissão. Bastava-me, apenas, escutar horas a fio aquela ladainha, muitas vezes inútil.

Aos poucos fui sentindo-me parte do sistema, estudando demasiadamente, ouvindo o professor com atenção e tendo boas notas. A rotina diária, assistir à aula e estudar, alimentava-me na perspectiva de me tornar excelente profissional, instalar clínica particular e ganhar dinheiro. Atendia os pacientes pela sua patologia, por um membro ou parte afetada. Tornava-me técnica e mecanicista.

Preocupações em aumentar meu currículo surgiam. Resolvi, então, participar da extensão universitária. O que nunca imaginara é que essa experiência me proporcionaria a abertura de várias

outras portas de conhecimentos, atividades, idéias, atuação e ação. A vivência em comunidade permitiu-me conhecer a realidade antes renegada e periférica. A desigualdade social, a necessidade de melhores condições de moradia, saneamento e saúde saltaram aos olhos de forma imediata. Porém, só a convivência semanal com as famílias visitadas permitiu-me perceber a riqueza aparentemente despercebida, o aconchego, a alegria, a cultura e os valores próprios da comunidade. A descoberta dessas preciosas minúcias se tornaria praticamente impossível confinada dentro de uma sala de aula. A atuação baseada na Educação Popular me fez amadurecer como estudante e crescer como pessoa. Adentrar e participar da vida das pessoas, criar laços de amizade, compartilhar experiências, engrandeceu-me indescritivelmente. A saúde ganhou um conceito mais ampliado e complexo, indo muito além do bem-estar. As relações se tornaram mais dialógicas e horizontalizadas com o ser humano foco da minha atenção, enxergando-o como um ser total, não fragmentado, passível de mudanças e rico de valores.

Muitos conceitos pessoais considerados como verdadeiros foram sendo transformados. Percebi que minhas atitudes e meus desejos eram egoístas, mas ao mesmo tempo me estimularam para um processo de mudança pessoal. Passei a negar o “ser vivo doente” como objeto de estudo; a forma autoritária da relação profissional-paciente e professor-aluno; do ensino-aprendizagem focalizado no intuito de ganhar dinheiro.

A partir daí, o olhar para patologias específicas, em partes delimitadas do corpo, ganhou uma nova dimensão. O joelho inflamado, que era a forma como muitos pacientes chegavam se anunciando, passou a significar apenas um jeito de chegada a uma história muito mais complexa e fascinante. A partir da minha experiência de trabalho comunitário, sabia que aquele joelho inflamado tinha uma história ligada à forma como seu dono vivia. A solução do problema passava por alterações de sua rotina, que precisava ser conhecida. Implicava mobilizar recursos locais que eu tinha de pesquisar para conhecer. Aquela inflamação tinha signifi-

cados psicológicos fundamentais para entender o comportamento do paciente. Finalmente, era preciso criar uma relação de cumplicidade e afeto para que o tratamento conseguisse ser realmente transformador da situação. Sabendo disto, minha relação com cada paciente mudou. A fisioterapia ficou mais interessante.

Comecei a comparar-me a uma lagartinha que antes estava dentro do casulo, presa, solitária, incapaz. A enxurrada de experiências instigou-me e comecei a querer tornar-me borboleta, soltar as amarras, conhecer a vida além dos muros da Universidade gessada a que estava acostumada. O trabalho técnico, que aprendi a integrar com a emoção, curiosidade, intuição e ideais, fez com que minha alegria e minha compaixão passassem a estar presentes no trabalho clínico diário. Deixei de ser uma lagarta constrangida por padrões predefinidos do fazer técnico para ser uma borboleta a voar embalada pelas variadas brisas que a vida, cheia de mistérios, nos traz.

Humanização. Cada vez mais falta ao homem essa palavra de onze letras e infinita significação. Parece estranho querer que o ser humano se humanize, mas acredito ser necessário que as pessoas aprofundem suas relações, lutem pelo social, andem na contramão do sistema capitalista individualista vigente. Anseio que estudantes ainda dentro do casulo se libertem, vejam o conhecimento passando os livros puramente técnicos e se tornem conscientes de que somos atores essenciais no processo de mudança da realidade.

Aprender com as pessoas, conhecer suas vidas, partilhar experiências é algo muito mais engrandecedor do que a visão biologicista de tratar as pessoas. A cura para as doenças se torna natural e prazerosa, o aprendizado mútuo enriquece a convivência e as amizades se perpetuam. Como disse certa vez seu José, paciente e amigo, em sua sabedoria: “O que se leva dessa vida, é a vida que se leva”.



ALINE BARRETO DE ALMEIDA, 23 anos, é estudante de Fisioterapia da UFPB. Extensionista dos projetos Fisioterapia na Comunidade e Educação Popular e Atenção à Saúde da Família. Email: alinealmeida7@yahoo.com.br

VIVENDO A MEDICINA E CONTANDO ESTÓRIAS DO CORAÇÃO

ALICE COSTA UCHOA

ERA MAIO DE 2001 e eu estava no Rio de Janeiro fazendo tese de doutorado sobre a relação entre medicina e ciência. Acabei sendo inspirada por uma vivência pessoal amorosa que parecia inicialmente um desvio do meu estudo. Na ocasião, eu teimava em colocar entre parênteses alguns problemas da minha vida pessoal, querendo deixá-los para depois, pois queria ser especialmente eficaz. A despeito de minha decisão e vontade, eles fluíram, se insinuaram e, em alguns momentos, ocuparam todo o espaço. Alguns foram decisivos para a própria tese. Um deles foi o fato de minha sobrinha Mariana, com doze anos e até então saudável, apresentar um problema cardíaco provocado por um foco ectópico (comando elétrico anômalo), tendo ficado 35 dias numa UTI. Acompanhei de perto seu drama junto com o médico cardiologista infantil Dr. Edmundo, do Hospital de Vera Cruz, Belo Horizonte. Vi-o perseguir uma chance de um por cento de sobrevivida recorrendo aos protocolos, aos estudos científicos e à experiência clínica.

Eu escrevia minha tese num computador de frente à janela do meu quarto, quando o telefone tocou. Estava dispersa, olhando a paisagem. Via os prédios incrustados no morro. Não me admirava que estivessem lá se equilibrando, se comprimindo. A presença estranha era a das plantas verdes, viçosas, num terreno só de rochas, mesmo com o pó de asfalto e a fumaça dos carros flutuando no ar.

Aquele telefonema desviou o meu olhar, interrompeu minhas divagações. Mariana era minha sobrinha, a filha que eu nunca tive, pois tenho apenas três filhos. Ouvi com atenção, mas minha irmã não falava de forma muito clara: “[. . .] a Mariana amanheceu cansada e eu antes de viajar achei melhor passar numa clínica aqui perto de casa, mas a médica disse que era um problema no coração, você tem que vir agora mesmo para BH, estamos no Centrocór, o médico só está esperando por você para levá-la para o CTI. . . é grave, muito grave. . .?”. Nem esperou que eu respondesse. Sabia que iria. Pensei que só podia ser exagero, sempre fora saudável, como poderia ser assim: coração, CTI? Não precisei de muito tempo para decidir, peguei algumas coisas e fui direto para o aeroporto. Era início de um feriado, foi difícil, mas consegui um voo e dentro de uma hora já estava no hospital em BH. Deixei sozinho meu filho de quinze anos que morava comigo.

Durante o voo fui repassando a minha vida como num filme, um documentário. A infância, a adolescência, a faculdade de medicina e o início de minha prática médica. Fiz Residência em Medicina Preventiva e Social na UFPB, estudei sonhos revolucionários e as dinâmicas das instituições de saúde e da realidade social sobre a qual deveriam intervir, mas não as vivenciei. Continuei minha formação no Mestrado em Ciências Sociais na UFPB. Comecei a ficar inquieta em saber a que os médicos atribuíam o erro na sua prática. Tornei-me hábil nos meandros teóricos e metodológicos da vida social. Não muito hábil na vida privada: casamento de 22 anos desfeito, três filhos e um deslumbramento juvenil, ainda que tardio, diante de possibilidades incertas. Senti necessidade de vivenciar o que antes havia apenas estudado.

Fui selecionada para o Programa de Saúde da Família (PSF) em Camaragibe (Pernambuco) e posteriormente Aracoiaba (Ceará). Pela primeira vez, me aproximei dos meus pacientes no seu próprio ambiente. Convivi com os sobreviventes da pobreza, da aridez da vida da periferia de grandes cidades e do calor fustigante do sertão do Nordeste. Muitos dos seus valores culturais eram di-

ferentes dos meus que vim de uma família de classe média, vivi sempre em capitais e com conforto. As diferenças não me impediram de aprender muito do pouco que sei sobre medicina popular. Busquei entender o sentido de suas queixas, me esforcei para aprender a cuidar, vivi momentos lúdicos. Fiquei perplexa com a violência, o abandono, o descaso, a falta de qualquer medicamento e equipamento. Choquei-me porque eu não estava tão bem preparada quanto pensava para enfrentar problemas mais simples que escondiam uma complexidade de determinações. Sequer tinha imaginado que me depararia no meio do nada tentando convencer uma criança a amputar a perna devido a um tumor. Não se costuma aprender a lidar com problemas como este no PSF.

Tudo passou rápido na minha mente durante o voo. Em alguns minutos tudo ficara diferente, mais premente, mais urgente. Voltei àquela realidade, só que não podia saber que logo eu, que andara por muitos pedaços de medicina, trilhara a saúde pública com críticas ora contundentes ora silenciosas, muitas vezes convivendo com os pobres, noutras me afastando, acabaria sendo tocada mais forte pela dedicação amorosa de um especialista supersofisticado, destes de quem a saúde pública desconfia.

Quando cheguei ao hospital a família estava em volta do Dr. Edmundo. Foi explicando que estava viajando de férias com a família, quando recebeu o chamado do hospital. Retornou a BH e aceitou cuidar da Mariana. O primeiro diagnóstico foi de miocárdite fulminante, com expectativa de quatro horas de sobrevivência. Eu não acreditei, ela estava até bem, entrara na UTI com alguma dificuldade respiratória, mas andando. . . Como previu, em poucas horas entrou em insuficiência cardíaca. E a Mariana parecendo muito menor naquela cama de UTI de adulto. Tive raiva do especialista. Eu já ouvira muito as pessoas falarem: os médicos só pensam no pior. Eu era médica mas nunca havia acompanhado ninguém até a morte, senti um medo muito maior que eu. Não sabia o que fazer.

O Dr. Edmundo preferia falar pessoalmente com a mãe e com o pai, com toda a família. Dispunha-se a explicar e tirar as dúvi-

das quantas vezes fosse preciso. No início tínhamos medo dele, mas fomos aprendendo a confiar. Notei que, de forma diferente, também não era fácil para ele esta comunicação, mas por nenhum momento ele delegou esta responsabilidade a outrem.

Ele explicou para minha sobrinha que precisava “intubá-la”. Para meu espanto, ela entendeu e concordou. Ele se esforçava ao máximo para que entendesse, falava-lhe diretamente sem intermediários, numa linguagem simples, sem omissões, enfatizando o quanto se sentiria mais confortável, quanto a ajudaria a respirar. Valorizei sobremaneira tanto a comunicação quanto a possibilidade de aquela criaturinha ter papel ativo no seu tratamento. Ela apenas pediu para eu ficar: “Tia, você não me deixa mais sozinha, nem para ir ao banheiro?” Prometi, mas ambas sabíamos que era impossível cumprir à risca. Combinamos que toda vez que ela não quisesse ver o que estavam fazendo, olharia para mim, direto nos olhos. Talvez por isso eu não tenha chorado. Sem perceber criei uma outra forma de comunicação.

O quadro de insuficiência cardíaca havia se agravado muito rapidamente, logo foi detectado derrame pleural e necessidade de drenagem. O Dr. Edmundo introduziria no tórax o próprio dreno para evitar incisão com bisturi e cicatriz. Explicou que era para quando ela quisesse usar biquíni. Chamei-o à parte e perguntei-lhe: “qual a importância disto se ela vai morrer?” “Só que ela ainda está viva e eu vou fazer de tudo pelos 1%.” Ou seria por ela? Eu e os estudantes acompanhávamos calados, os outros médicos também. As mãos dele eram ágeis e tão precisas quanto suas previsões. Numa outra sala, sem Mariana, explicou aos estudantes sobre a raridade e gravidade do caso. Havia maneiras mais ou menos traumáticas de se aplicar a mesma técnica. Eu continuava sem saber o que fazer. Tia e médica, ela era a filha que eu não tivera. Mais que todos, cobrava-me algo. Através de gestos, Mariana pediu um bloquinho e escreveu: “Tento dormir, mas tenho pesadelo!”. Contaria histórias, decidi. Na hora não pensei que pudesse ter dado um dos mergulhos interiores dos quais emergimos com soluções imprevisíveis,

de que fala meu amigo Eymard Vasconcelos, e muito menos podia imaginar que mais tarde, dialogando com ele, contaria esta outra estória. O que eu sei é que na hora a Mariana achou bom. “Conta aquela do Egito Antigo!” Não tinha a menor idéia qual era mas contei a das *Mil e Uma Noites*. Arábia e Egito, tudo a mesma coisa! “Você conta estórias tão bem, continue até eu dormir. . . você pulou aquela parte...” Eu modificava tanto a estória que não sabia mais repetir. Eu e ela sabíamos que eu estava lá não porque ela me preferisse à mãe, mas porque eu era médica. Eu sabia que ela contava com isso. De uma forma ou de outra estava ajudando não a curar, mas a cuidar para aliviar seu sofrimento. Sei que ela sabia disso.

Soubemos que não fora miocardite fulminante, porque ela não falecera. Em compensação, o Dr. Edmundo também não sabia ainda o que era. Ouvi-o conversando e notei que, além de médico, era mágico. “Nas horas vagas, em festas de criança”, me disse. Tão comedido, quase não sorria, mas era ágil, isso era. Presenciei seus pequenos truques de mágica. Ri com o mesmo médico que fez diversas manobras de cardioversão (estimulação elétrica que tenta reverter o ritmo cardíaco à normalidade) e nessa hora fazia aqueles tolos truques. Ouvi-o explicar que naquele momento faria um mais difícil: “Você vai dormir e eu vou fazer uma outra mágica com este aparelho aqui, vamos enganar este seu coração que está muito acelerado”. Mais uma cardioversão. Antes ela escreveu: “você precisa me ensinar pelo menos uns quatro truques de mágica”.

Meu bloquinho substituía minha antiga agenda na qual nos tempo da Residência de Pediatria eu anotava as normas e rotinas para me guiar nos atendimentos. Ela continuava escrevendo: “Cuidado, você desperdiça muito papel, vem das árvores, sabia?” Sabia, mas era ela quem escrevia sem ver onde, gastava muito papel. Também insistia em se ver no espelho, não estava gostando nada daquele penteado que só a fazia parecer criança. Bem se via que eu só tinha filhos homens. . . E eu pensava no “tubo”. Deveria ter aprendido que quando uma pessoa é internada ela traz consigo seus valores, sua cultura, seu mundo particular. Não há fundamento

científico para apartá-lo disto, transformando pessoas em casos de prontuário.

Pedia pela mãe e reclamava: “só eu não tomo café da manhã, não chupo manga. . . não dá para colocar chocolate naquele leite? Diga a eles que eu não tomo sem chocolate. . .”. Era alimentação parenteral. Acabaria por morrer de fome, dizia. Traduzia seu espanto de ver seus hábitos e suas necessidades mais elementares totalmente modificados. Eu começava a acreditar na possibilidade de que ela poderia mesmo morrer agora, de fome, pois estava tão magra quanto as crianças desnutridas. Ela considerava a estória da branca de neve “ridícula”. Peguei então uns livros para meninas adolescentes. Mas também já sabia quando eu pulava alguma página. Reclamava de novo: “como alguém pode fazer xixi num tubo?” As funções do seu corpo estavam alteradas a ponto de lhe parecer um absurdo. Também é absurdo pensar que passando uma sonda resolvemos o problema de um paciente com dificuldade de diurese. É preciso ir além do problema da diurese. A enfermeira explicou o porquê da sonda, ela relutou, mas aceitou.

A esta altura as atendedoras também liam estórias. Mas com elas, Mariana era toda elogio: “Já te falaram que você é legal?” Ela perguntava como conseguiam passar a noite toda acordadas: “sonhei que fazia um curso de enfermagem”. Sabia que conquistando a simpatia das enfermeiras suas chances de ser bem cuidada aumentava. E acertou: não havia intercorrências em relação ao cuidado de enfermagem. Estabelecia-se entre nós, a enfermagem e os médicos um pacto de cuidar dela.

Na verdade, houve uma intercorrência e porque chegou uma hora em que perdi meu discernimento. O hospital permitiu que ficassem na UTI as medalhinhas, os santinhos, os terços. Quando ela dormia, muitos médicos dos outros andares vinham rezar por ela. Diziam que lembravam de suas próprias filhas. As orações vinham de muitos credos: católicos, protestantes, espíritas. Mas eu cometi o desatino de deixar que um pai-de-santo colocasse uma vela ao lado do oxigênio. As enfermeiras quase me expulsaram de lá.

“Quando vou para o quarto?”, perguntava. Já havia se dado conta de que não iria direto para casa. Quarto, ou enfermaria, é a esperança de quem está no CTI. Finalmente, ao cabo de um mês, Dr. Edmundo trouxe esta esperança. Começou a desconfiar de que havia algo de anormal no traçado do eletrocardiograma. Se perguntou a mim, me “fiz de morta” — minhas lembranças de cardiologia haviam se perdido nas brumas do imaginário. Mas um exame tão simples podia ser tão revelador? Ele era o especialista, eu apenas contava estórias. Seria assim também na tese. Naquela ocasião, tive um *insight* sobre onde seria minha pesquisa de campo e qual o procedimento metodológico: iria apenas observar (observação etnográfica) se no dia-a-dia de uma UTI cardiológica (onde as decisões são mais dramáticas e já estão bastante protocoladas) os médicos seguiam à risca os protocolos ou levavam em conta também sua intuição. A doença de minha sobrinha, que no início encarei como uma interrupção meio desastrada da minha tese, começava a ser fonte de inspirações importantes.

Depois de três dias a Mariana foi para o quarto, após o tal “foco ectópico” ter sido eliminado por um procedimento cirúrgico. A primeira coisa que fez quando chegou ao quarto foi me pedir para sair, pois precisava conversar com a Bruna (minha outra sobrinha) sobre as novidades da escola e dos amigos, acho que do namorado. São amigas, passam o final de semana juntas. Finalmente a Bruna podia vê-la livremente. Por ser criança, o hospital não a deixara entrar no CTI. Uma vez ela enganara a enfermagem se vestindo e se maquiando de modo a parecer mais velha. A voz de Mariana era um sussurro depois de tantos dias no respirador, ela se alimentava aos poucos, como um bebê. Com oito dias ela estava em casa, na sua festinha de retorno. Hoje ela está bem, não faz uso de medicamentos, tem uma vida normal mas continua acompanhada por seu cardiologista.

Dr. Edmundo encontra-se terminando algum curso. Relembro que ele nunca deu falsas esperanças, não disse que daria tudo certo, pois podia dar tudo errado. Mas ambos tínhamos uma espe-

rança de um por cento baseada em fatos considerados científicos. Dela tiramos energia para continuar tentando, mesmo quando as chances eram poucas. Não era o dono da verdade e não havia protocolo que dissesse a ele ou a nós se a Mariana estaria entre aqueles um por cento ou entre os noventa e nove por cento. Apesar das dificuldades, procurou um caminho e, quando curar era uma dúvida, preferiu cuidar. Não o fez sozinho, contou com ajuda da própria Mariana, envolveu-a e a muitos outros profissionais e estudantes.

Também não ficou esperando que algum milagre a salvasse, lançou mão dos recursos diagnósticos e tecnológicos disponíveis. Reivindicou, junto com os outros profissionais, à direção do hospital, equipamentos adequados para criança. Não houve improvisações. Os procedimentos foram o menos doloroso possível. Ficou evidente o cuidado dos outros profissionais, como da enfermagem, no monitoramento das intervenções, nas medidas profiláticas em relação à infecção hospitalar. Houve também o respeito aos valores culturais e religiosos, à dupla dependência da criança-paciente; o diálogo aberto o mais próximo possível do paciente e da família; a quebra de regras com a permanência constante de familiares ou amigos no CTI. Também não faltaram o encantamento das histórias, o amor da família e dos amigos.

Pude perceber claramente que o cuidado não se opõe às intervenções cientificamente fundadas e sofisticadas, desde que tenham a finalidade de aliviar o sofrimento e, se possível, curar. Mas também não é apenas a aplicação de uma técnica, o uso de um aparato tecnológico em um corpo, em parte dele, ou em suas virtualidades que será eficiente. Fundamental é o encontro com o paciente, do qual fazem parte: o acolhimento, o respeito aos valores, o apoio mútuo, a solidariedade, a compaixão, de modo a contribuir para aliviar o impacto do sofrimento e do adoecimento. Isto requer a ajuda de quem está sendo cuidado na construção de novas perspectivas, novos cenários interiores para o enfrentamento dos seus problemas.

Não é nada fácil para quem está no dia-a-dia tendo de constantemente tomar decisões diante da fragilidade do outro, que o obriga a também olhar para a sua. O médico precisa de um suporte para uma visão mais abrangente que abarque ao mesmo tempo o conhecimento científico acumulado (com um certo ceticismo à sua aplicação mecânica), a intuição, a criatividade, a sensibilidade e as crenças. Sobretudo a crença de que há sempre algo a se fazer, nem que seja olhar dentro de si mesmo e contar uma estória. . .

Esta estória continuou na tese defendida em março de 2003¹ na qual há uma dedicação à Mariana e ao Dr. Edmundo que diz assim:

“Entre as muitas estórias que eu já ouvi, uma me tocou o coração. Com certeza porque nela havia o encontro de uma menina valente com um cientista que fazia incontáveis mágicas para descobrir um terrível segredo. Decerto porque uma fada tentava entrever o que se passava usando não uma varinha de condão, mas uma moderna máquina fotográfica chamada ecocardiógrafo, onde as imagens obedeciam a um ritmo meio alucinante. Talvez porque muitas mãos carinhosas haviam cuidado daquela menina. Mas sobretudo porque a garota descobriu que toda sua coragem vinha do amor, da solidariedade e da fé de cada um que diretamente cuidou dela. Assim, aprendeu que devemos sempre continuar lutando, ainda que a chance de conseguir realizar nossos sonhos seja uma só.”

Toda esta vivência, que pareceu ser uma interrupção de meus estudos, teve grande impacto no delineamento dos caminhos de minha pesquisa. Meu olhar para os atos médicos, que analisei na tese, mudou profundamente. A inspiração central veio de onde não

¹ Alice da Costa Uchoa. *Os protocolos e a decisão médica: vivências ou evidências?* Doutorado. Rio de Janeiro, IMS-Uerj, 2003.

esperava. Ainda bem que me coloquei para viver com o coração aberto aquela aventura, saindo fora da rotina exigente e dura da academia. A roda-viva da vida me desinstalou dos caminhos formais da pesquisa, gritando-me que o conhecimento só tem “sustança” quando a serviço da vida, molhado com suas lágrimas e suas paixões.



ALICE COSTA UCHOA, professora de saúde coletiva da UFRN.

MANIA DE FODEZA

ANDRÉ AHMED PEREIRA

A CREDITAR EM MEUS COLEGAS é uma qualidade que ando perdendo por causa da faculdade. Sinto muito dizer, mas as pessoas lá já estão impregnadas pela mania de fodeza. Fodeza de notão nas provas, mania de inteligência (inteligência de decorar todas as doses dos antibióticos), etc. . . Enfim, ninguém pára pra pensar em nada não. Já estão todos robotizados. Lamento muito. . .

Definitivamente, na medicina, hoje em dia, o foco da atenção está na pessoa “que trata” e não na pessoa “tratada”: Dr. Fulano de Tal é foda, sabe tudo, está palestrando no congresso de picas, deu aula pra não sei quem, dá a bunda pra beltrano. Dr. Fulano de Tal passa por mim e diz que meu jaleco está aberto e que tenho que andar com ele fechado. Eu fico bolado e fecho rapidinho. Calo a boca e boto o rabinho entre as pernas, porque, afinal, Dr. Fulano de Tal é catedrático ali no hospital. Outro dia mesmo, ele citou dez causas pro bocejo. . .

E por aí vai. São sempre essas merdinhas de comentários. É assim que funciona. O tal do Dr. Fulano chega na beira do leito, olha pro paciente, dá uma examinada e diz pros seus alunos: olha que doença linda, caso de livro, que coisa maravilhosa essa petéquia. E o paciente pensa: “Bonito pro senhor que não está aqui, sentindo o que eu sinto”. Olha, muito raramente eu consigo ouvir um comentário do tipo: Puxa! O paciente está ótimo, evoluiu muito bem, está feliz da vida. . .

Não tem jeito. . . As doenças são as deusas, os médicos são os reis, os pesquisadores são salvadores. . . e os pacientes eu nem sei o que são nesse mundinho do hospital. Acho que objetos de estudo. Os valores estão invertidos. A energia ali está péssima. Mas vamo que vamo. . . Que OXALÁ nos proteja! Abra nossos caminhos, ilumine nossas mentes e traga boa energia pra todos nós. . .



ANDRÉ AHMED PEREIRA, estudante de medicina da Uerj.

FRAGMENTOS DA MINHA HISTÓRIA DE VIDA: SOU UMA FORMANDA DA UNIVERSIDADE POPULAR

ANA GUILHERMINA

TUDO COMEÇOU quando resolvi prestar vestibular em 1995. Sabia que seria um desafio, afinal estava desempregada e meu marido tentando conseguir um espaço profissional melhor. Em outra região, permanecia distante geograficamente.

Como sempre gostei de estudar, de estar “metida” no meio acadêmico (como dizia uma prima que freqüentemente me questionava: “O que você quer metida no meio acadêmico? Não sabe que estudar não é para pobre?”), fiz minha inscrição no vestibular no curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências da Saúde do Instituto Porto Alegre.

Seria ideal lançar minha tentativa num curso da universidade federal, mas além de saber que as chances numa universidade pública seriam pequenas, aqui no RS o curso que escolhi só tinha (e ainda é assim) numa instituição privada.

Fiz minha inscrição sem informar meus familiares. Meu pai, alcoolista grave e muito rígido, não teria condições de entender minha atitude. Minha mãe que nunca trabalhou fora do lar, vivendo numa submissão aos preceitos do marido, mal poderia compreender o que sua filha buscaria numa universidade diante de tamanha dificuldade financeira. Meu marido, como muitos brasileiros, tirava proveito de seus conhecimentos no futebol para driblar o desemprego e buscar sustento para a família. Meu filho, de apenas três anos, brincava tranqüilo enquanto eu constantemente o admirava.

Prestei vestibular. Nos dias das provas saía de casa dizendo que estava procurando emprego. Argumento que justificava deixar meu filho com meus pais, sem precisar dar muitas explicações.

Minha rede de apoio era pequena. Meus pais, por suas dificuldades, reclamavam de ficar com meu filho. Mas ficavam. Eu tinha uma amiga. Ela realizou o vestibular junto comigo. Era a única pessoa conhecida que sabia da minha tentativa de entrar na universidade.

No dia da divulgação dos resultados, eu estava com minhas mãos frias de tanto lavar roupas num tanque no fundo do quintal. Estava com minha auto-estima tão frágil que não imaginava a possibilidade de ser aprovada.

Sabia o quanto queria a positividade, mas ao mesmo tempo minhas reflexões eram cheias de dúvidas: “E se passar? Como vou pagar as mensalidades? Como vou me organizar no dia-a-dia com meu filho? O que vou dizer aos meus pais?”

Fora da globalização, ouvi o som do telefone na casa da vizinha. A chamada era para mim. Era minha amiga que tinha lido no jornal o meu nome na lista dos aprovados no vestibular. Ela estava triste, chorando por não ter passado. Tentei ser controlada e dizer-lhe palavras de conforto. Porém, não consegui, ela quis desligar. Saí da casa da vizinha contendo minha emoção. Cheguei em casa e explodi gritos vindos de minhas entranhas: “Feito!” Misturei várias vezes esta palavra com gritos e expressões de felicidade.

Minha mãe correu ao meu encontro. Passei-lhe a notícia. Meu pai, cambaleando, aproximou seu corpo ao ouvir a notícia pelas palavras da minha mãe e mostrou-se distante afetivamente ao dizer: “Universidade mudou de nome agora?”

Naquele momento, nada me abalava. Permaneci sorrindo. Minha mãe, chorando, entre lágrimas de alegria e tristeza, disse: “Como pretende pagar, minha filha?” Dando uma volta na frase interrogativa, afirmou: “Não importa, minha filha, se depender de mim, você irá até o fim”. Realmente, a partir dali, passamos a defender minha formação na universidade popular. Chamávamos as-

sim devido aos vários episódios de ensino/aprendizagem e trocas com o saber popular. Para nós a universidade se faz realmente quando o aluno tem a oportunidade de interagir com a comunidade em seu universo de situações.

Conforme outras noites, ouvi uma buzina na frente da minha residência. Era outro vizinho avisando para eu ir atender o telefonema de meu marido. Naquela noite, não fiquei tão acanhada como das outras vezes.

Meu marido, mesmo distante geograficamente, esteve muito presente afetivamente. Muito parceiro e positivo, chorou com a notícia e disse que minha formatura seria comemorada como o melhor dia de nossas vidas.

Como outros tantos casos de estudantes de baixo nível socioeconômico, que é a maioria da população, não basta apenas gostar de estudar, é preciso ter dinheiro.

Eu me vi assim, apesar da saudade do meu marido, eu agradecia por ele estar trabalhando. Nos três primeiros semestres, o pagamento da universidade foi tranquilo. Meu marido trabalhava e enviava o dinheiro. Eu continuava desempregada me dividindo entre atividades do lar e universidade.

Continuava suportando as piadinhas de mau gosto vindas do meu pai. Segundo ele, eu ia para um lugar que tinha outro nome.

No quarto semestre do curso, meu marido voltou. Foi um ponto final para a tremenda saudade. Meu marido perto. Trabalhando com dignidade. Meu filho na pré-escola. Bons tempos. Optamos por ter uma filha. Fiquei grávida. Tudo no seu lugar.

Com seis meses de gestação, tempos difíceis ressurgiram. A empresa onde meu marido trabalhava faliu. Funcionários sem indenização. Novamente o fantasma do desemprego invadiu nosso lar. Faltou cesta-básica. Faltou passagem para ir para universidade e para pagamento das mensalidades. Quanto à cesta-básica, nos mantínhamos entre o café preto e a gostosa polenta. Quanto às passagens, eu ia de ônibus até a metade do trajeto e a outra metade, sem poder pagar outro ônibus, eu percorria a pé.

Com o estímulo de minha mãe, do meu marido e da minha filha que pulava ativamente em meu útero, lá eu ia percorrendo o caminho até a universidade.

Percebi que minha rede de apoio estava aumentando quando fui procurar a coordenadora do curso de Terapia Ocupacional. Por ter sempre boas notas, a amiga Eliana — coordenadora do curso — conversara com a diretora e em meu nome viabilizara a negociação dos débitos para após minha formatura. Sabia que teria de pagar alguns “centavos” a mais devido aos juros, mas fiquei feliz por ter recebido escuta ativa naquele momento, tanto que a notícia dos juros reduziu-se a centavos diante de minha avaliação.

Passei a re-significar as palavras de minha prima. Pobre, quando tem fatores de proteção, tem seu lugar na universidade, sim. Além do mais, gostar de estudar e ter uma rede de apoio ultrapassa as barreiras do ter ou não ter dinheiro.

Minha filha nasceu no dia 4 de julho de 1997 após eu ter cumprido tarefas no último dia letivo. Exatamente um mês após, retomei as atividades acadêmicas. Com a filha pequena várias foram as vezes que pensei em desistir. Pensamentos estes que se transformavam aos poucos, quando ouvia minha mãe dizer: “Não abandona a universidade, aproveita enquanto estou viva”. Meu marido, desempregado, conseguia carona com vizinhos e levava minha filha na universidade para que eu amamentasse. Eu usava roupas que minha sobrinha emprestava. Eu continuava fora da globalização, alguns trabalhos entregava manuscritos, outros uma vizinha digitava no seu computador.

Meu pai, observando a força e luta de todos para o objetivo comum da minha formatura, rendeu-se. Eu testemunhei quando ele disse ao meu filho: “Não fala alto, sua irmã está dormindo. Se ela acordar, sua mãe vai se atrasar para ir para universidade”.

Meu pai demonstrara naquela tarde, o quanto o alcoolismo é uma doença destruidora. Com sua aceitação de cuidado da saúde, ele passou a ser o pai que eu sempre quis ter.

Chegou o dia da seleção do estágio curricular. Eu faltei à aula devido à doença respiratória do meu filho. No dia seguinte, fiquei sabendo que o local que estava designada para realizar estágio era um local que as demais colegas haviam descartado. Fiquei quieta e topei conhecer o local. Foi um susto ao saber que ficava numa distância de duas horas do meu bairro. Seria impossível fazer o trajeto a pé.

Entre outros desafios, iniciei um trabalho de faxineira para aliviar os débitos.

Meu primeiro estágio curricular foi numa instituição pública que abrigava mães e filhos vítimas de violência doméstica. Recebia supervisão coletiva em equipe interdisciplinar e supervisão específica, individual em momentos diferentes com duas terapeutas, Márcia e Maria Cristina. Entre outros docentes, estas foram exemplos na minha formação.

Em cada atividade na “casa de apoio”, percebia a importância da estar ali. Na verdade, percebia que estava sendo rede de apoio para aquelas pessoas, assim como me fortalecia escutando suas histórias. Observava que minhas adversidades eram mínimas perto do que viviam. Foi lá que pela primeira vez ouvi falar no termo *resiliência*.

Foi naquele contexto que descobri o quanto somos capazes de superar desajustes de nossas histórias e seguir em frente.

Eu segui em frente. Chegou o dia da seleção do segundo estágio curricular. Fiz questão de estar presente no grupo de alunas e optar em realizar meu estágio num serviço de saúde comunitária. Não foi preciso nem brigar, das trinta e cinco colegas, nenhuma quis ir para a “vila”, como diziam. Eu felizmente consegui estagiar onde queria. Foi motivo para várias perguntas. Muitas solicitavam relatos de como era o local. Embora o local também ficasse numa distância de duas horas do meu bairro, eu respondia: “Me sinto em casa!”

Não tive nenhuma dificuldade de adaptação. Entretanto, vivenciei a “revolta” de algumas crianças que eram atendidas por uma

colega do posto de saúde. A colega ia para a comunidade com seu carro importado, seu salto alto, seu avental branco, brilhando entre seus assessorios nos pulsos, orelhas e pescoço. Esta colega, quando viu seu carro totalmente riscado no estacionamento, foi logo procurar a chefia do posto fazendo queixas das crianças que ela denominou de “revoltados”. As cenas foram constrangedoras. No próximo encontro com o grupo de crianças, elas não aceitaram minha colega e solicitaram que eu fosse a facilitadora das atividades. Situação que rendeu boas discussões em supervisão.

Em ambos locais dos estágios, o ensino/aprendizagem foi fundamentado no saber popular. Eu aprendi muito. Melhorei como pessoa e re-signifiquei queixas sobre as dificuldades que ultrapassava na história de vida. Lembro que encontrava colegas no bar da universidade e ofereciam para que eu sentasse e as acompanhasse na refeição.

Sempre respondia que já havia me alimentado, mesmo que em alguns momentos a fome fosse enorme. Talvez, na imaginação das colegas, eu me alimentara em minha casa ou em outro restaurante.

Estão muito vivas as lembranças. Ainda lembro dos sabores degustados nas oficinas populares de culinária, dos chás nos grupos de convivência, do chimarrão nas visitas domiciliares e de tantas outras ocasiões.

Percebia em minha história a necessidade de rede de apoio, a necessidade de brechas no cotidiano para o lazer em busca de fatores de proteção, para minha resiliência, para minha família e conseqüentemente para nossa saúde mental.

Discutia nas supervisões posicionamentos de ética e não ética. O que desejava para mim, servia de referência para diretrizes do que deveria priorizar nos atendimentos que realizava. Eram perceptíveis os conceitos de saúde defendidos atualmente pela Organização Mundial da Saúde e pela Educação Popular em Saúde.

Trabalhando com a comunidade fui produzindo conhecimentos do exercício à cidadania possível que a teoria dos livros até então não tinham me oportunizado.

Na evolução e registro das atividades, priorizava relatar não o fim, mas o início e os meios dos fazeres humanos. Percebia que no processo das atividades com a população, eu ultrapassava ad-versidades na minha história de vida com muita leveza.

Assim, costumo dizer que fui e sou uma acadêmica popular. Cito as supervisoras, sem jamais esquecer dos tantos “professores”. Professores de educação popular em saúde. Pessoas das comunidades em que estagiei como dona Ilza, a dona Shirlei, o seu Bira, a dona Maria Helena e outros tantos.

Meu marido organizou minha formatura, alguns mestres populares estiveram presentes. Conforme prometera, foi um momento inesquecível.

Posteriormente, optei em percorrer os muros da pós-graduação realizando “residência” num hospital psiquiátrico. Lá, transi-tei o limiar entre sanidade e insanidade. Se os espaços comunitários viabilizam o ensino/aprendizagem das maravilhas do fazer humano, no hospício aprendi como não fazer determinadas ações humanas. Foram três anos cumprindo atividades no meio excludente, onde era negado o habitar e fortalecido o estar.

No contexto de estigmas e rótulos até para os profissionais, tive momentos de saudade do trabalho comunitário. Relembrava vozes das comunidades: “É necessário potencializar a área da educação!”. Certamente que este saber popular apontava para a necessidade de educação em saúde. Via-se claramente que muitos daqueles indivíduos institucionalizados, se tivessem tido uma rede de apoio, não estariam segregados por tanto tempo num hospital psiquiátrico. O conceito de saúde era esmagado pela potencialização da doença.

Estimulada pela dica popular e pelas vivências no contexto de doenças, atualmente estou “metida” entre os referenciais da educação popular em saúde. Sou uma mestranda em saúde coletiva, onde buscarei o conhecimento popular dos professores do ensino público fundamental quanto aos indicadores positivos de saúde mental e qualidade de vida.

Trata-se de um novo desafio que precisarei enfrentar nos corredores da universidade popular e nos corredores das adversidades socioeconômicas. Apesar de saber que tenho muito para aprender, acho que vou conseguir defender minha tese dentro das formalidades. Nem terminei o mestrado e estou elaborando o doutorado. Gosto de estar “metida” no meio universitário popular.

Minha rede de apoio está ampla. Meus pais são fortes estimuladores da família sendo atuais exemplos de hábitos saudáveis. Meus filhos, produzindo novos conhecimentos, me ensinam e me auxiliam no dia-a-dia entre telefonemas, digitações e outras atividades do nosso lar. Meu amado marido, como todo brasileiro, continua driblando, dividindo suas horas entre trabalho, educação, família e lazer, e como ele diz “fazendo vários gols”.

Eu continuo buscando fortalecimento no grupo de discussão da Rede de Educação Popular em Saúde, lá construímos reflexões em variados âmbitos ampliando conhecimentos. Muitos são os amigos. Como cidadã brasileira, as dificuldades financeiras continuam oscilando, mas desejo permanecer cada vez mais “metida” no meio universitário popular.

Hoje, escrevendo este texto relembro pessoas importantes que cruzaram minha trajetória. Nas distâncias entre um parágrafo e outro, estão muitas lembranças que poderão render outros textos. Como por exemplo, participar do Fórum Social Mundial e ter a felicidade de encontrar a filha de dona Shirlei, transbordando seu saber adquirido na universidade popular e no curso de Serviço Social. Situação que me fez lembrar: “A filha da dona Shirlei é mais uma entre tantos formandos da universidade popular que atuam na área da saúde”.



DILEMA DE UMA ESTUDANTE

CHRISTIANE SAYURI IGARASHI

HOJE, MAIS UM DIA, sentada na cadeira de um auditório, ouvindo meus colegas falando sobre pacientes, me deparei com meus pensamentos. . . “Será que realmente estou me tornando uma médica de verdade ou, como disse Patch Adams, a faculdade está me transformando numa médica que eu não queria ser?” Onde está todo o humanismo, o carinho com os pacientes, que me fizeram ficar quatro anos tentando entrar para uma boa faculdade? Atualmente só tenho me deparado com preocupações com provas, notas, uma atrás da outra. Meu dia se resume às aulas, discussões, xérox e livros. Passo dia e noite enfurnada nos livros. Cadê o tempo de estar com os pacientes?

Outro dia um professor me pediu para examinar um paciente. Então fui, conversei um pouco com o senhor (era um senhor muito simpático), colhi um pouco da história e comecei o exame. Ao final, ele começou a falar e chorar, dizendo que infelizmente ele não descobrira a doença antes e agora iria morrer. Comovida, fiquei ali conversando com ele. O professor chamou para me mostrar uma radiografia e fazer perguntas absurdas. “E o paciente?”, eu pensei. Deixo ele chorando e vou para a aula, afinal o que importa são as notas, não é? CLARO que não! Devo ficar com o paciente pelo menos até ele se sentir melhor! Que decisão mais difícil! . . .

Meu dia-a-dia na faculdade está sempre cheio destes dilemas:

— Chego mais cedo e vejo um paciente, ou descanso um pouco mais para conseguir estudar à noite?

— Saio da aula e vejo um paciente, ou almoço e descanso cinco minutos para mais uma aula fatigante?

Diariamente me questiono! É de se esperar que esteja desesperada e desiludida com a faculdade! Quando ficava ano após ano tentando vestibular para medicina o que me estimulava era o fato de que eu estava pronta para ajudar as pessoas.

Quando finalmente entrei e todos me perguntavam por que eu queria fazer medicina, eu respondia sem sombra de dúvidas: eu sempre quis fazer medicina, quero ajudar as pessoas.

E assim passei o primeiro e o segundo anos feliz com o pouco que aprendia e que já me servia para dar pequenos conselhos a quem me procurava. No terceiro ano, fui jogada dentro de um hospital. Esperava ser o ano mais feliz e legal. Afinal, estaria com pacientes. Que nada! Mal entrei e já tinha tantas síndromes, tantas doenças para saber. . . Qual não foi minha surpresa quando me vi desesperada, tentando entender todas as doenças ao mesmo tempo, que sinal há numa e qual noutra. Que remédio dar para uma e para outra. Totalmente perdida eu estava. Os pacientes? Em segundo plano, pois afinal eu tinha tanta coisa para saber que deixava até mesmo de ir à faculdade por uma semana, para estudar para as provas.

Quarto ano. Que bom, agora já sei examinar, fazer anamnese, compreendo algumas doenças. Tudo vai ser melhor. Que nada! Praticamente aposentei meu esteto. Aula teórica, prova, e a prática, que prática? “Examine rapidamente o paciente e vamos discutir”. Discutir, discutir, é só o que fazemos.

E então, após analisar tudo isso, penso: será que é isso que eu realmente quero? Vejo pacientes morrendo e médicos dizendo: “depois vamos pedir a necropsia”, aterrorizando a família para ter a autorização. O que é isso? Isso é medicina? E pergunto outra vez: onde está a humanidade que nos fez entrar nesta faculdade tão difícil?



DOENÇA NÃO É SÓ O QUE A GENTE VÊ,
MAS O QUE A GENTE “SENTE”

DANIEL DE ARAÚJO BATISTA

NUNCA TINHA SIDO um estudante da área de saúde que se preocupava e procurava conhecer os determinantes do processo de adoecimento das pessoas, a relação que elas têm com o meio em que vivem, o que é valorizado ou não por elas, quais os problemas que são facilmente enfrentados e os mais difíceis de serem. Não sei se era devido à ansia que tem a maioria dos estudantes da área de saúde quando entra na universidade: querer “curar” as pessoas que iriam chegar em um hospital superlotado, com uma úlcera gástrica, constipação, câncer, entre outras doenças e pensar que no final do dia teria salvado milhares de vidas. Até que um dia, em uma experiência com trabalho em saúde comunitária, algo mudou.

Faz mais ou menos dois anos. Participava há apenas dois meses de um projeto de extensão universitária que trabalha com saúde comunitária, no qual estudantes acompanham, em duplas interdisciplinares, famílias que visitamos semanalmente. Nessa época, comecei a acompanhar duas famílias da comunidade.

Em um sábado pela manhã, descendo a ladeira da comunidade, no caminho de uma das casas que visitava e acompanhado de uma amiga do mesmo curso, escuto um senhor chamando por nós, dizendo que o seu neto tinha um problema de saúde (estava doente). Ao perguntar onde estaria a criança, ele aponta para a que estava ao seu lado. Era uma criança de três anos de idade, bonita,

forte, sem nenhuma mancha na pele ou sinal de escabiose. Perguntei qual era o motivo da doença da criança, pois ela estava “normal”. O senhor me respondeu: “ela não quer comer. Tudo que vê, vomita. Não gosta de nada. Só toma mingau”. Estava eu naquela hora preocupado em achar um sinal, uma mancha na pele, algo que me mostrasse que aquela criança estaria com uma doença, que realmente mostrasse que era motivo de preocupação. Foi quando deu aquele estalo na consciência: doença não é só o que a gente vê, mas o que a gente sente.

Naquele mesmo dia, no caminho de volta para casa, olhava através da janela do ônibus e observava o comportamento das pessoas que passavam na rua de um lado para o outro, o modo como gesticulavam, andavam, falavam. Ficava pensando se aquele “seu Zé” ou aquela “dona Maria” que estavam na parada de ônibus, conversando com outras pessoas, teriam algum problema que estava além do meu ver, ou da minha “vontade de ver”? Problemas que envolveriam seu relacionamento familiar, o afeto com os amigos, vizinhos, parentes mais próximos, um problema que talvez envolveria o pai, os filhos e os netos.

Esses pensamentos me intrigavam diante da percepção que tinha sobre o que é considerado estar doente. Refleti sobre a formação acadêmica que estava tendo e que é dada aos futuros profissionais da saúde, onde “colocam” na cabeça dos estudantes (assim que entram na universidade) que estes “podem se sentir os super-heróis”, pois estão cuidando e salvando vidas.

Nos sábados seguintes, voltei àquela casa e comecei a criar um forte vínculo de amizade com os moradores. Conversando com os avós, soube que aquele menino não morava com os pais. Quando os pais se separaram, ele acabou ficando com os avós. Estava separado da irmãzinha que ficou com a mãe e que não morava na mesma cidade. Com o tempo, fui ganhando a confiança da família e, em um sábado, ao chegar na casa, tive a grande felicidade de ver a mãe e a irmã da criança, que haviam chegado recentemente para ficar definitivamente junto da família.

Cada vez mais, participava da alegria das crianças. Envolvia-me profundamente nas conversas e brincadeiras com barcos e mol-duras de jornais, nas corridas pela casa e até na sua alimentação. O triste isolamento daquela criança de sua mãe e irmã foi sendo quebrado e a “doença” a foi deixando. Ao mesmo tempo, eu fui abandonando o olhar direcionado à procura de feridas e sinais que não apareciam, nem faziam questão de aparecer. Deixei de ser apenas um estudante de nutrição que acompanhava a família, passando, mais que nunca, a ser o amigo e os “ouvidos” daquela família, não apenas aos sábados. Fui aprendendo a ouvir mais e a falar menos.

Sempre aprendi na vida acadêmica, o tratamento adequado para úlceras gástricas, tipos de alimentos permitidos ou não para cada doença, ação bioquímica de alimento x, y ou z, mas até hoje nunca aprendi dentro da universidade o remédio mais simples e de fácil aquisição para a maioria das doenças: *o ouvir e o falar*. Aprendi que ouvir, mostrar amizade, deixar nossa intuição gerar perguntas e pequenos comentários era capaz de gerar mudanças nas pessoas e nas famílias. Como profissionais de saúde, nossas palavras e nossa atenção têm um significado muito especial para os pacientes. No projeto, fui treinando este jeito de ouvir, falar e dar atenção que tanto causavam mudanças. Para isso, foi superimportante manter este acompanhamento por vários semestres. Só com o tempo e um interesse autêntico, o vínculo se estabelece com mais força e começamos a “sacar” melhor o significado de certos detalhes da vida na família. Aí, nossas palavras e nossa escuta ficam mais sábias. Muitas informações técnicas que aprendi na universidade foram importantes, mas aprendi que quem precisa comandar a relação é o meu coração. Fazendo assim, simples gestos que se tornam um “santo remédio”.

Hoje, quando relato a vivência com esta família aos companheiros do projeto, chego a ficar emocionado; é a casa que mais tenho carinho devido aos acontecimentos e afetos que se desenvolveram na nossa relação. Quando chego lá e vejo os olhinhos das

duas crianças, que correm para me abraçar e dizer: “mãe, Daniel chegou!”, fico ainda mais convencido de como é valioso estar lá na comunidade. As pessoas simples, que vivem nas comunidades, têm uma abertura e um jeito de ser carinhoso e emocionado que nos educam para um modo de trabalhar em saúde que rompe com o modelo objetivo frio que predomina na ciência e que tanto empobrece nossa ação terapêutica e nossa realização pessoal na profissão.



DANIEL DE ARAÚJO BATISTA, estudante do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba.

EXPERIÊNCIAS QUE MARCAM

DANIELLE DE SOUSA ALMEIDA FERREIRA

Onde tudo começou. . .

SOU ALUNA DO CURSO DE FISIOTERAPIA, católica e integrante do movimento da Renovação Carismática. Na universidade tomei conhecimento sobre um projeto da UFPB que engloba vários cursos da área de saúde e que se realiza no acompanhamento de moradores de uma comunidade carente da grande João Pessoa. Quando me falaram do projeto tive muita vontade de participar dele, por ser da área de saúde e se realizar em uma favela, mas, no mesmo horário do projeto, eu ensinava catecismo para crianças e adolescentes e por isso não podia integrar-me a ele. Entretanto, tinha fé que, se fosse para eu ingressar nele, Deus providenciaria como. Havia nesse momento poucas catequistas no serviço da minha igreja e, por isso, eu não poderia deixar o catecismo. No ano seguinte, as inscrições para o projeto foram reabertas. Nesse momento, a situação da quantidade de catequistas já havia melhorado. Apesar disso, ainda não havia decidido se deixaria realmente a catequese.

Um certo dia, fui a um *show* da cantora católica Celina Borges e encontrei-me com o professor coordenador do projeto. Perguntei-lhe sobre o projeto e ele disse-me: “Seria muito bom você trabalhar sua espiritualidade no projeto. Pela sua espiritualidade você pode enxergar e sentir melhor as pessoas”. Isso me tocou, caiu bem no fundo do meu coração e meditei essas palavras. Resultado: acei-

tei o convite. Fiquei contente e esperançosa, pois participaria de um projeto de saúde que trabalhava com os pobres. Comuniquei ao pároco da igreja, o qual deu-me bastante apoio. O primeiro dia que entrei na casa da associação de moradores, onde nos reunimos todos os sábados antes de visitar as suas casas, tinha na entrada um cartaz bem grande que dizia “missionário é aquele que vai até a pessoa que precisa e assim anuncia Cristo e trabalha para ELE”. Essa frase foi uma confirmação de que tinha realmente decidido corretamente pelo projeto, o que me alegrou bastante. “Mergulhei de cabeça” no projeto e toda a experiência que tive foi maravilhosa para minha formação como pessoa humana e profissional, mas há uma vivência muito especial que serviu-me de grande aprendizado e toca-me até hoje.

Momentos inesquecíveis

Todos nesse projeto fazem dupla com um estudante de outro curso a fim de promover mais e melhor a interdisciplinaridade. A minha primeira dupla foi o estudante de medicina Marcos. Visitava com ele um casebre onde moravam dois velhinhos, D. Maria dos Anjos, José Bento e seus dois filhos, Rita e João. Rita tinha problemas mentais e tomava remédio controlado. No início das visitas Rita se comportava sempre distante, ficando no canto da sala, andava desajeitada, cabelos despenteados e encaracolados e tinha um odor muito desagradável, pois resistia assaz ao banho. Quando estava na terceira visita a essa família e diante dessa situação descrita acima, vendo que os diálogos que havia tido com Rita nas visitas anteriores não tinham tido resultado, em silêncio no íntimo do meu coração, supliquei ao Senhor que me iluminasse para saber o que fazer diante dessa situação. No mesmo instante, veio-me a idéia de fazer um agrado em Rita, mas precisava ser algo que estivesse ao meu alcance. Resolvi, então pentear-lhe os cabelos. Tomei um pente e comecei. Esse momento foi “mágico”. Todos se voltavam para olhar Rita. Contemplavam aquela cena e admirados

diziam: “Rita como você está ficando bonita”. Ela sorria muito contente com os elogios e o carinho.

Certamente que, se não tivesse pedido ao Senhor luz, jamais teria tido essa inspiração e também coragem de amá-la através de um gesto, alguém que se comportava tão excluída e sem importância. Foi um momento muito especial. Depois desse fato, Rita tornou-se mais dócil ao banho, a trocar a roupa, pentear os cabelos e até usar brinco. Percebi que devemos estar sempre atentos e humildes para pedir auxílio ao Senhor e não ter vergonha, nem medo de amar, pois quando deixamos que Deus nos utilize como um instrumento de amor, podemos interferir de tal maneira na vida de alguém que ela não será mais a mesma. Importante ressaltar que antes disso já havia conversado muito com Rita para que não deixasse de tomar banho, entretanto as conversas não surtiram efeito, mas o gesto amoroso e sincero sim. Há circunstâncias em que as palavras não solucionam mais os problemas. Essas situações necessitam de atos mais concretos para serem resolvidas. Por isso há uma frase bíblica que diz “as palavras comovem, mas o testemunho arrasta”.

A sociedade nos leva a ter cada vez mais um comportamento técnico e frio com as pessoas, entretanto quando estamos cheios do Espírito de Deus Ele nos humaniza e “irmaniza” levando a ver no outro alguém como nós com necessidades e direitos de sentir-se amada e acolhida no meio em que vive. Na universidade, e não apenas nela, poucos são os mestres que orientam sobre um comportamento mais humano, o que nos deixa contrangidos para ter iniciativas deste tipo.

A conquista com Rita não foi apenas no seu maior cuidado com a higiene. Mas, principalmente, por sua maior integração com a família, participando mais dela e mostrando-se mais alegre. Fizemos muitas vezes sessões de alongamento com Rita, pois tinha muitas retrações musculares e má postura. Durante a prática dos exercícios ela sorria bastante. Dizia que achava engraçado o que era feito, mas sentia-se supervalorizada. O toque em seu corpo nos exer-

cícios era como carinhos. . . Isso servia como uma terapia para ela e para nós.

O professor orientador do projeto, sabendo desses resultados, nos disse que nossos gestos de atenção amorosa e os exercícios foram mais importantes para seu problema mental do que os medicamentos controlados que tomava, valorizando assaz essa forma de atuação. É impressionante a repercussão de pequenos gestos que fazemos como profissionais de saúde. Percebi que os gestos do profissional de saúde têm um significado muito grande para as famílias. Por isso, temos muita responsabilidade com o que fazemos.

Diálogo com o filho responsável

Outra conquista que alcançamos com essa família foi através de uma conversa com seu filho Emanuel, pois era quem cuidava da moradia, alimentação e remédio dos velhinhos. Explicamos sucintamente as nossas atividades com seus pais e o que achávamos que poderia melhorar na casa em que eles residiam. Esse elo foi essencial para o êxito do nosso trabalho. Ficamos admirados quando constatamos que depois do nosso primeiro encontro com ele, seus pais e o seus dois filhos foram transferidos para uma casa bem melhor, mais ventilada e mais espaçosa. Eu e o Marcos ficamos alegres com essa mudança tão rápida. Esse acontecimento mostrou-me o quanto a comunicação é importante, pois foi através dela e da disponibilidade do filho Emanuel que isso aconteceu. O professor do projeto relatou, após esse acontecimento, que a nossa presença funcionava como uma espécie de “olheiros da sociedade”, chamando atenção para situações que ficariam escondidas na intimidade do lar (já que penetrávamos como profissionais de saúde no íntimo do lar percebendo o que não era correto) contribuindo para que essa mudança ocorresse em tão curto espaço de tempo. Por isso, quando trabalhamos com pessoas que dependem de outros, sejam idosos, crianças, deficientes ou jovens. . . é mister ter uma relação com os que cuidam desses para termos mais frutos no

serviço que desenvolvemos. Desde esse fato passei a me comunicar com Emanuel e, principalmente, com sua esposa sobre as necessidades que percebíamos naquela família.

Espiritualidade e Saúde

Muitas vezes rezei com o casal de velhinhos, Rita e os estudantes, ao final das visitas, de mãos dadas, pedindo que abençoasse aquela família e lhe dessem saúde, principalmente quando os remédios para D.Maria não mais serviam para sua asma crônica.

Também houve momentos em que não tínhamos tanta conversa e, então, os convidava para rezar o terço juntos e assim fazíamos. Sentia-me muito à vontade em rezar com eles, por termos semelhante religiosidade. Eu não impunha a eles a minha forma de viver a fé. Por isso, criamos um canal muito forte de comunicação por onde veicularam-se coisas que não são entendidas por palavras normais. A nossa semelhança na religiosidade contribuiu muito para que se formassem laços muito entrelaçados entre nós. Foi uma experiência muito prazerosa cuidar de sua saúde e ao mesmo tempo partilhar da mesma religiosidade. Foram visitas bastante enriquecedoras porque não foram apenas para cumprir horário, mas muito mais para enriquecer a alma, pois D. Maria e seu Zé Bento cativaram com sua simplicidade, sinceridade e afeição a mim e certamente a muitos outros estudantes que vinham espontaneamente conversar com eles.

As muitas outras famílias que visitamos não apresentaram tantas mudanças como essa. Acredito que a disponibilidade para que isso ocorra depende também muito dos valores de cada um. Entretanto, podemos auxiliar nisso, objetivando sempre não realizar a nossa vontade pessoal, mas o melhor para cada ser humano e para aqueles que os rodeiam.

O evangelista São João em sua primeira epístola diz: “Deus é amor”. Sendo Deus o próprio amor não deve ser visto como alguém distante. Quando nos abrimos à sua ação em nós, permiti-

mos que, sendo Ele amor, nos conduza a ter um comportamento mais humano com os outros e consigo e isso é mister e essencial para todo relacionamento humano especialmente na saúde. Os valores sociais atuais, infelizmente, nos levam para o sentido oposto, a desumanização até mesmo no atendimento médico, principalmente com os excluídos da sociedade. A minha espiritualidade fez-me olhar a todos com mais amor e atenção, mas em especial os excluídos, nesse caso os moradores dessa comunidade da grande João Pessoa, pessoas com baixa aquisição de renda, muitos vivendo numa condição bastante precária e muito desumana. No projeto trabalhei bastante a escuta, valorizando sempre o que estava sendo relatado, o que foi importantíssimo para ter uma ligação com a comunidade e os alunos, e assim desenvolver bem as atividades. A fé e a minha espiritualidade foram essenciais na decisão das minhas atitudes, pois procurava sempre colocá-las segundo a luz da Palavra. Essa ajudou-me em tudo, na vontade de ir, na alegria de servir, de visitá-los, de cuidá-los e no meu proceder. A fé em Deus e na sua Palavra também me ajudou nas horas em que estava um pouco desmotivada para ir ao projeto. Recordava-me que havia assumido um compromisso com as pessoas da favela e que isso era uma forma de caridade. Então, deixava as minhas limitações de lado e partia para o trabalho. Voltava sempre muito cansada, pois a favela é bastante longe da minha casa e tem nela muitas ladeiras para descer e subir. Mas o esforço era válido, pois me sentia muito útil ao visitar as famílias e ajudá-las fosse em uma orientação postural, um exercício físico, um conselho, um tratamento fisioterapêutico, um diálogo ou trazendo o médico do projeto até a sua casa por precisar de consulta médica. Para desenvolver bem as atividades e discernir como conduzi-las. A fé e a oração caminham juntas, pois essa alimenta aquela entusiasmando-me para viver a fé. Esse projeto despertou-me que a espiritualidade e o meu trabalho podem e devem caminhar juntos, pois a religião cristã trabalha para a vida, então, como separá-las se caminham numa mesma direção?

Esse projeto foi muito especial, pois nele pude concretizar um desejo que já havia no meu coração: o de ajudar pessoas de baixa renda, da maneira que me fosse possível, nesse caso através da promoção da saúde e cura da doença. Além disso, aprendi nesse projeto a interdisciplinaridade de uma forma bastante prática, a educação através do teatro e conheci pessoas fantásticas, especialmente os professores e estudantes que me surpreenderam pela sua solidariedade e simplicidade nesse mundo cheio de violência e egoísmo. O projeto formou-me para uma atuação profissional com uma visão mais global do paciente, pois ele promove que o estudante olhe o indivíduo procurando entender seu contexto de vida, pois dessa forma se atua com mais eficiência e desperta a consciência de que estamos tratando alguém e não apenas um segmento deficiente de seu corpo, mas um ser humano na sua totalidade. Procedendo assim, nosso trabalho vai ser mais prazeroso, às vezes mais cansativo, mas certamente com mais êxito para nós e para o paciente. A experiência que vivi durante dois anos nesse projeto já é de grande utilidade na minha vida acadêmica porque já procuro colocar o que foi assimilado na prática terapêutica.

São Paulo, na carta aos hebreus, afirma: “a fé é o fundamento da esperança, é uma certeza a respeito do que não se vê”. Deus está conosco e deixou sua Palavra para que pudéssemos ser guiados por ela nas atitudes para com Ele, com os outros e consigo para o nosso bem e dos irmãos, também para nos dar força nos momentos de fraqueza e desilusão, para não desitirmos facilmente diante das dificuldades.

O projeto despertou-me para o trabalho em comunidade o que tornou-se o meu objetivo na vida profissional e descobri que devo utilizar da espiritualidade no exercício profissional. A prática profissional e a fé têm em comum a promoção da vida. Unidas tornam o trabalho mais alegre e fecundo.

Deus faz maravilhas, nos escuta e auxilia. Por que não lhe ter como companheiro em nossas atividades e lhe pedir auxílio nas dificuldades e nas dos outros ? Ou será que somos tão orgulhosos,

descrentes ou auto-suficientes para termos tal atitude? Acredito que essas experiências descritas acima tenham servido de aprendizado não apenas para mim, pois unindo a fé e a razão faremos muito melhor o nosso trabalho porque com Ele temos muito mais força, luz e entusiasmo para amar e fazer bem todas as coisas.



DANIELLE DE SOUSA ALMEIDA FERREIRA, fisioterapeuta recém-formada na UFPB.

UNIVERSIDADE, LUGAR DE RICO APRENDIZADO FORA DAS AULAS

DARLLE SOARES SARMENTO

Caminhos confusos para a estrada certa

SEMPRE PENSEI EM FAZER o curso de medicina. Sentia-me encantada com a possibilidade de dedicar-me à reabilitação da saúde. No primeiro vestibular, consegui entrar apenas em Farmácia, na Universidade Estadual de Campina Grande. Resolvi trancar o curso e tentar novamente medicina na UFPB. Mas a vida trouxe-me um acontecimento inesperado que desestruturou meus ideais. Meu irmão de 24 anos adoeceu e, no período de um mês e duas semanas, convivi com a dor e sofrimento da luta para restabelecer sua saúde. A doença era do tipo auto-imune, rara para o Brasil, e ele não conseguiu sobreviver, mesmo com todo esforço das equipes médicas. Neste processo, acompanhei de perto o trabalho médico. Vi como todas as técnicas usadas não foram suficientes para trazer sua cura naquele estágio da doença, e como o saber do médico era limitado. Sei que a medicina, apesar de suas imperfeições, é uma grande saída para o exercício da cura. Porém, naquele momento, percebi uma nova realidade, a medicina sagrada que sonhara era algo além das técnicas que pude observar no tratamento de meu irmão. Esfriei meu coração, numa desilusão com minha vocação. A medicina que vi sendo aplicada baseava-se numa fria técnica, o que ficou gritante naquele momento em que a emoção estava explodindo em mim e em minha família diante daquela

doença. Fiquei certa de que não seria capaz daquela “eficiência” prática que assisti e que parecia exigir um constante controle emocional. Sempre tive muita tendência de grande envolvimento emocional.

Diante disto, recomecei o curso de Farmácia que tinha trancado. Imaginei poder, como farmacêutica, trabalhar no alívio das dores humanas sem ficar tão perto do fogo emocional da crise na doença. Mas descobri que a preparação para a Análise Clínica fecha muito o estudante em práticas e teorias em laboratórios cheios de rotinas técnicas e distantes do contato humano. Um trabalho que achei ser, naquela época, anônimo. Essa rotina que descobri tirou-me a emoção e entusiasmo para a nova escolha. As insatisfações levaram-me a mudanças: fiz novo vestibular para experimentar o curso na Universidade Federal de João Pessoa que é mais dinâmica em atividades extracurriculares. Passei e fui obrigada a mudar, mais uma vez, para uma cidade ainda mais longe de minha família. Esta mudança me trouxe muitas dificuldades, porém, realmente, consegui uma rica vivência fora das salas de aulas.

Necessidade de tornar a experiência de dor em aprendizado

A doença rara de meu irmão não foi o único caso extraordinário para minha família. Convivi toda a vida com uma doença genética sem diagnóstico. A doença é um caso muito raro para o Brasil, e foge ao cotidiano da prática médica. Novamente os médicos perderam-se no exercício mecânico do diagnóstico. Fiquei sem assistência porque a doença não é detectada em nenhum exame laboratorial comum e o diagnóstico clínico exigiria muita dedicação e estudo que não encontrei nos médicos que procurei. Não consideraram o histórico de que a doença era um problema que vinha se repetindo em várias das gerações de nossa família. Como válvula de escape, por não conseguirem enquadrar meu problema (e de vários primos, tios e irmãos) nas categorias diagnósticas mais comuns, logo passavam a dizer que o problema era de ordem psi-

cosmática. Este é o saco de lixo onde jogam todos os problemas que não entendem e desistem de investigar. Senti, mais uma vez, o limite da rotina médica.

Meu problema parecia sem remédio. Mas isto atçou minha reflexão e intuição na busca de uma solução. Foi meu primeiro passo para descobrir as riquezas do mundo da universidade, suas surpresas e seus acolhimentos. Passei a conversar com meus familiares e fiquei convencida que tinha uma doença genética. A busca deste diagnóstico motivou-me a buscar auxílio de professores de genética. Inicialmente dediquei-me a um estágio no laboratório de farmacologia. O trabalho com ratos e computadores não me estimulou muito, mas abriu-me portas para chegar ao professor de genética. Indicaram-me o professor Henrique Gil, doutor geneticista, a pessoa ideal para meus objetivos. Uniu os extremos de sua liderança acadêmica à sensibilidade às angústias desta aluna insegura e teimosa. Dispôs-se a sair do seu ambiente habitual de ensino e pesquisa e passou a se dedicar à busca pessoal de uma aluna. Ele me desafiou a trazer o que tinha de melhor da minha capacidade de observação para ser discutido e considerado. Nas minúcias desta dedicação, percebi o valor que dava à minha vida e esta percepção provocava minha produção e a minha investigação. Tive segurança e acatei com garra todos os ensinamentos que facilitassem a chegar ao diagnóstico de minha doença.

Gil mudou minha visão do trabalho em saúde e valorizou em mim a semente de trabalhos futuros, como a capacidade de observação que descobri e desenvolvi no meu próprio processo de adoecimento. Com ele, como bom investigador e mestre zeloso, conseguimos chegar ao diagnóstico preciso. Esta pesquisa deu-me acesso a um domínio da profilaxia, do tratamento e de tudo que tinha direito de saber sobre minha síndrome genética. Como admirava sua metodologia, fiquei aberta ao aprendizado nesta vivência. Com ele tornei-me apta a entender como lidar com a busca pela saúde com garra, criatividade e espírito de investigação, visto que era sempre insatisfeito com respostas parciais. Vi sua teimosia para dri-

blar a falta de recursos suficientes de diagnóstico, como o que ocorre no atendimento da maioria da população. Minha vocação profissional ganhou ânimo.

Esta minha experiência bem pessoal gerou em mim transformações muito mais amplas. Não fiquei fascinada apenas com o trabalho técnico isolado nos laboratórios. Ele foi minha inspiração para uma caminhada em direção ao social. Entendi que a cura não está apenas nas mãos de profissionais qualificados tecnicamente para saúde. Está no esforço de cada um de nós e na interação cooperativa de forças por melhores condições de vida. A relação de aprendizado com Gil, fez-me perceber que a atenção zelosa ao que o doente sente e ao seu sofrimento é tão importante quanto à averiguação tecnicamente perfeita dos resultados de exames laboratoriais. Esta foi a ponte entre o laboratório de Farmacologia e a comunidade Maria de Nazaré. A pesquisa me despertou para a importância do calor humano e da força desta inquietação ansiosa que agita nossa alma inconformada com o que aparentemente não pode mudar. Queria expandir esta empolgação para outros lugares mais necessitados que eu.

Caminhos do encontro com minha busca

Na comunidade Maria de Nazaré, descobri o caminho de preenchimento desta busca interior. Trata-se de uma favela onde um grupo com cerca de setenta estudantes, dos mais variados cursos, se responsabilizam, em duplas, por algumas famílias e vão acompanhando suas lutas e seus problemas, procurando entendê-los a partir de um vínculo afetivo, num projeto de extensão universitária que já dura oito anos. Descobri algo muito acima do que esperava encontrar na universidade. Outra forma de olhar para a realidade começou a nascer através daqueles contatos. Inicialmente parecia ser algo apenas afetivo, pois me sentia muito bem em estar ali, convivendo com aquelas pessoas aparentemente tão carentes, mas que, com o tempo, foram mostrando uma forte capacidade

de busca de superação de suas precariedades e de procura da alegria. Foi importante conhecer o sentimento compartilhado de felicidade que traz o progresso conquistado passo a passo. É importante ter em meu coração a lembrança da aflição de muitos deles e a força de trazer o sorriso, naquele quadro de intensa pobreza, às vezes, apenas com uma palavra e uma escuta calorosa. Fui confirmando ali a emoção de poder contribuir para o estado de bem-estar das pessoas que a investigação profissional fortemente ligada ao mundo do paciente propicia. Pude entender as razões da minha tão grande insatisfação com a ciência a que tinha acesso na universidade, pois, lá, ela se mostrava distante da busca das pessoas em superar seu sofrimento. O vínculo com situações pessoais concretas fazia com que a informação técnica adquirisse uma emoção e um sentido muito especiais. O meu papel como farmacêutica ganhou significado a partir deste comprometimento social.

Outro olhar, surgido na surpresa do encontro dentro do mundo da universidade

Este meu sentimento continuaria sendo apenas um sentimento que me deleitava, mas não adquiriria um sentido maior, se não tivesse tido um contato mais próximo com um novo encanto, também encontrado na Universidade. Um contato fora das salas de aula. Como o espaço formal acadêmico é pobre para estas trocas mais importantes! No contexto de envolvimento com a experiência junto à comunidade, encontrei amigos e um jeito especial de me relacionar. Fui surpreendida e tomada por este encantamento. Meu professor orientador, que trazia nas ações e comportamento tudo aquilo que me fascinava naquele ambiente de luta e coragem para enfrentamento das dificuldades da vida, veio despertar-me para sentir a presença de um amor ainda maior, um terceiro entre nós dois, intensificando o desejo de luta pela integridade da vida, neste contexto de desigualdades sociais. Falou-me da história de São Francisco de Assis e disse que meu sentimento parecia com o

dele. São Francisco de Assis, num momento de sua vida, descobriu sua paixão pela dama pobreza e a ela dedicou sua luta. Esta pessoa especial, com sua escuta e identificação com uma vivência subjetiva que eu já trazia abafada em minha alma, criou espaço para a expansão de algo profundo em mim que assumiu grande importância no meu viver. Devido ao ritmo de ensino da universidade, direcionado para a realidade competitiva do mercado de trabalho e o tecnicismo do curso de farmácia, esta vivência vinha perdendo o sentido e espaço. Em seu lugar, cresceram o desânimo da acomodação e a frieza da superficialidade das ações, pois as sutilezas de minha alma passaram a ter pouco espaço. Descobri que este professor também é amante da dama pobreza, mas, antes de saber disto, já havia sido atraída por esta encantadora dama, quando, nas surpresas de minha vida acadêmica, fui a ela apresentada e pude com ela conviver. Não resisti àqueles braços abertos e ao sorriso sincero entregues na forte aproximação alimentada pelo sofrimento. Encantei-me neste calor acolhedor e saboreei a companhia desta dama, que, em sua simplicidade, deixou-me entrar em seus segredos, deixou-me ver suas riquezas e fraquezas e fez-me compreender por que meu mestre tinha caído de encantos por ela. É que a dama pobreza tem a magia de unir encantos, desencontros, lutas, conquistas, alegrias, aflições e angústias da doença ao poder renovador da vida, quando acolhida com solidariedade pelos amantes devotos de tamanha energia.

Sinto que o sentimento inquieto de busca da cura que me levou à faculdade também pulsa forte nas famílias que acompanho aos sábados, na favela onde estagio. Sei que a relação amorosa, que ali aprendi a desenvolver com as pessoas que acompanho, será determinante no meu futuro caminho profissional. Estas vivências afetivas trazidas pela minha participação no Projeto, deixaram-me mais aberta à vida em geral, com uma maior disponibilidade para entender as pessoas e aceitar as diferenças de cada um. Sinto o coração preenchido com o calor desses afetos. Agora, tenho o prazer de perceber a beleza do movimento de outras vidas dentro da mi-

nha. Sei que foi uma construção minha. Nesta universidade, aprendi os caminhos de minha autonomia.

E dentro destas vivências afetivas trazidas pela participação no projeto, que me tiraram da prisão do apego muito grande às minhas próprias inquietações e emoções, o amor aconteceu de uma forma ainda mais intensa, mostrando outra face da vivência amorosa. Estou descobrindo, no encontro amoroso com o contador da história de São Francisco de Assis, que o encontro espiritual na amorosidade de duas pessoas tem efeitos que intensificam o processo de luta pela busca de uma sociedade saudável e assistida.



DARLLE SOARES SARMENTO, estudante do curso de farmácia da UFPB.

OFICINA DE EMOÇÕES

EDNEY V. P. DE VASCONCELOS

EM MARÇO DE 2002, estava no sétimo período de medicina da Universidade Iguazu (Unig) e me interessei pela disciplina de Oncologia, pois tínhamos as aulas teóricas, mas também aulas práticas que eram realizadas no Ambulatório de Ensino do Hospital Municipal da Prefeitura de Mesquita. A chefe da disciplina, Dr.^a Maria Izabel, tinha uma metodologia que me instigava. Digo isto porque ela “nos tratava como médicos”. Dividia a turma em grupos, depois nós pegávamos os prontuários médicos e atendíamos, fazendo todo o processo semiológico e, posteriormente, retornávamos à doutora para descrição de todo o procedimento e, às vezes, escolhia-se um caso específico relevante naquele momento para discussão.

Na mesma época, Rodrigo Borghi, um amigo que cursava o décimo primeiro período de Medicina da Unig, teve uma crise de pânico e, como ele próprio disse:

— Eu senti o que um paciente sente, estive do outro lado!

Foi o ponto de partida para uma idéia que foi tomando corpo: a de fazermos um Projeto de Humanização na Medicina.

Eu e meu amigo Rodrigo fazíamos parte do Daof — Diretório Acadêmico Olympio da Fonseca e discutíamos, tanto internamente na Unig, quanto externamente, nos Congressos Nacionais ou Regionais da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), questões como: transformação do Ensino Médico, implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sempre abor-

dávamos sobre como realmente construir uma medicina mais humanizada.

Descobri que, ao final do primeiro semestre de 2002, os alunos teriam que fazer uma monografia sobre algum tema de Oncologia. Não foi difícil para mim escolhê-lo e, depois de lermos vários livros, tais como: *Sem Anestesia, O Ponto de Mutação, A Medicina da Pessoa*, escrevemos a monografia que se intitulava: *Projeto de Humanização do Serviço de Ambulatório de Ensino do Hospital Municipal da Prefeitura de Mesquita*.

Resumindo o projeto, sua base está em propor atividades, as quais chamamos de subprojetos, como: música, teatro, dança, brincadeiras, exercícios, viagens, etc., com objetivo de se reduzir o estresse do paciente e melhorar sua qualidade de vida.

Trabalhos científicos realizados pelos doutores Thomas H. Homes e Lawrence Leshan nos mostraram que uma das reações patológicas do estresse seria a inibição das Células Natural Killer, que são responsáveis por destruir qualquer processo de proliferação celular descontrolado, contribuindo para um dos múltiplos fatores da oncogênese.

Foi através de nosso projeto que conhecemos o Clube das Amigas da Mama e começamos a realizar alguns dos subprojetos: Oncocanção, Oncomúsica e um especificamente que descreveremos a seguir, chamado Oficina de Emoções.

Lá vou eu para a reunião do Clube das Amigas da Mama — grupo de mais ou menos quarenta senhoras que têm ou tiveram câncer de mama e que, há quatro anos, sob a coordenação da psicóloga Dr.^a Jussara, reúnem-se numa casa cedida pelo ambulatório de Oncologia do Hospital Municipal da Prefeitura de Mesquita. Desta vez vamos realizar a primeira de uma série de atividades diferenciadas com objetivo de, ao final deste ano de 2004, apresentarmos uma peça teatral idealizada e construída pelo grupo.

Eu e Dr.^a Jussara batizamos a atividade de Oficina de Emoções.

É chegada a hora. Meio nervoso, vou me pintando e literalmente me transformando numa criatura que mesmo eu nem co-

nhecia. É o Palhaço Atchim! (nome dado anteriormente por um grupo de crianças, na primeira vez que me vesti de palhaço, e como o nome da brincadeira que fiz foi “O Palhaço na Saúde”, a criança da não perdoou e deu-me este apelido). Quando saí do banheiro já estava com trejeitos que não eram meus, eram do Palhaço Atchim e já não tinha a menor idéia do que poderia mais acontecer, mas lembrava vagamente que tinha combinado com a Dr.^a Jusara de aparecer no meio da reunião do grupo, entrar de supetão e perguntar por uma caixa com objetos já previamente escolhidos. Dito e feito, entrei como um raio dando uma extensa e alegre gargalhada e disse:

— Alô meninas!!!

O susto foi geral! Fiz a pergunta sobre uma tal caixa de surpresas que estavam escondendo de mim e logo ela estava em minhas mãos. Os olhos das “meninas” brilhavam! Pareciam crianças paralisadas por uma magia solta no ar e por uns eternos segundos o tempo parou. Vi olhos lacrimejando de emoção e logo peguei o primeiro objeto contido na caixa. Uma bandeira branca com os dizeres PAZ no seu centro e fui falando:

— Sem a PAZ não se consegue nada, então nada melhor começarmos com essa “palavra-ação” tão linda.

Os objetos que estavam na caixa foram escolhidos por mim, mas o texto era pura improvisação. Veio o segundo objeto, uma boneca, e logo falei que era minha irmã gêmea e que minha mãe não sabia que iria dar a luz a um casal. . . Espera aí. . . Essa é minha história de vida! Veio o terceiro objeto, um pintinho bem pequenininho, ou seja, eu mesmo! Risos na “platéia”! Notei que a cada objeto que retirava da caixa eu falava sobre minha vida; só que tudo isto era para chamar a atenção para o último objeto. Este era um espelho! Olhei-o e falei da felicidade que estava naquele rosto de palhaço e, de repente, passei o espelho para as “meninas”, uma a uma, e olhando seus próprios rostos no espelho, soltaram a emoção em frases como: “Meu cabelo tá lindo!”, “Vejo uma mulher guerreira!”, “Ah. . . não quero olhar não!”, “Eu quero. . . como eu sou bonita!”

A cada fala das integrantes do grupo fui encantado por um sentimento tão amoroso, tão fraterno que meus olhos transbordaram minha felicidade em lágrimas e sentia minha maquiagem desmanchando como se minha ânima estivesse realmente se enchido de luz, de uma força maior que tudo que já havia sentido. . . é o amor!

Oficina de Emoções, este era o nome que não tínhamos imaginado o quanto mudaria tudo e em todos; emoções afloraram, saíram de nossos corpos, quebraram barreiras em algumas, outras ainda “resistiam”, mas seus olhos não me enganavam, elas estavam felizes, vivas, pulsando, olhos de criança vendo um palhaço que não têm muita idéia, por ser intuitivo, no que “vai dar” cada atividade, pois a única certeza de que este palhaço tem é que no Clube das Amigas da Mama há vivências maravilhosas, felicidades, tristezas, decepções, sonhos, enfim, VIDA VIVA!

No fim desta reunião as “meninas” desejaram mudar o nome do palhaço para “Príncipe” e eu aceitei prontamente, mal sabendo que na realidade elas é que são mulheres, humildes, batalhadoras, guerreiras, vencedoras, verdadeiras Princesas dos seus reinos.

Quando entrei para o curso de Medicina, sempre tive a idéia de formar grupos para ajudar as pessoas de alguma forma.

A gente entra nos primeiros períodos com aquele pensamento altruísta, mas com o passar dos anos, parece que vamos nos “aprisionando” na grade curricular, nas provas estritamente teóricas, no pensamento cartesiano de separação do ser humano em partes para se entender o todo, nos diagnósticos, nos exames complementares e nos tratamentos. Desvaloriza-se o doente pela eloquência da doença e, com isso, todos perdemos. Muitas vezes dominamos tecnicamente toda a informação científica de tal patologia, e isto é preciso, mas não “tocamos” nos pacientes, e ainda reclamamos que eles não aderem aos nossos tratamentos.

Nesse sentido, costumo dizer que este projeto de humanização “é meu oxigênio”, quinzenalmente adquirido para suportar esse modelo de ensino médico brasileiro. É nessa troca, nessa relação

com o Clube das Amigas da Mama que “inspiro fundo” e volto para a sala de aula com suas cadeiras enfileiradas em ordem, com seus quadros-negros cada vez menos rabiscados de giz, com seus professores e suas transparências que vão passando, passando e a turma copiando compulsivamente numa precoce “letra de médico”. Chega o fim da aula, acende-se a luz e todos saem da sala. . . penso:

— Ainda tenho oxigênio para mais quatorze dias!

Obs.: Dedico esta experiência à Dr.^a Jussara, à Dr.^a Maria Izabel, à secretária Isabel Cristina, à Maria da Conceição — integrante do Clube das Amigas da Mama que não está fisicamente entre nós e ao Dr. Rodrigo Borghi, idealizador do Projeto de Humanização do Serviço de Ambulatório de Oncologia do Hospital Municipal da Prefeitura de Mesquita (Rio de Janeiro), onde conhecemos e convivemos com o grupo nas reuniões. Hoje Rodrigo está cursando residência em Psiquiatria pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira/Hospital Municipal Jurandir Manfredine e fazendo pós-graduação em Psicooncologia.



EDNEY V. P. DE VASCONCELOS, estudante do curso de medicina da Universidade Iguazu.

EM VOLTA DOS CADÁVERES DA ANATOMIA

EDUARDO SIMON

EM VOLTA DOS CADÁVERES da anatomia, uma transformação surda acontece. Lentamente, mas não pacificamente. Primeiro vem o choque, o contato com o absurdo: o cadáver humano em decomposição, que, formolizado, em lugar de apodrecer transforma-se numa espécie de boneco. Um homem-boneco, um morto, alguém que há pouco vivia como todos e agora está ali, pelado sobre uma mesa rudimentar revestida de inox, encharcado de formol, sendo utilizado para fins pedagógicos.

Para fins mais que pedagógicos, se observarmos bem.

Em volta dos cadáveres da anatomia, o gurizão que passou no vestibular e que até então fora aquilo que se convencionou chamar de “leigo”, tem um choque inicial, proporcionado por uma paisagem mórbida.

Ante o absurdo, ante o conflito de estar diante da morte materializada numa situação que beira o grotesco (ou vão me dizer que o ambiente da anatomia, incluindo seus estranhos funcionários, é algo corriqueiro?), o esculápio é obrigado a efetuar uma cisão.

Que cisão é esta?

Lembro que após várias semanas do início das aulas práticas, quando eu já estava tão acostumado a dissecar os cadáveres, que o fazia, lá pelas onze da manhã, pensando no que comeria no almoço (enquanto no início isto sempre me fazia perder a fome), um colega me chamou para mostrar algo interessante. Ele havia aberto o estômago de um dos cadáveres e encontrara um pedaço quase

intacto de carne. . . um pedaço preservado, que tinha as marcas da mastigação, e fazia-nos ter certeza de que aquela tinha sido sua última refeição. Putz, “a última coisa que o cadáver comera”. . . cara, aquilo não era simplesmente um cadáver! Era uma pessoa, que um belo dia comeu pela última vez sem nem de longe imaginar que dali a algumas horas morreria.

Aquilo me deprimiu, fiquei incomodado. De alguma maneira, e sem perceber, eu havia desumanizado aquelas “coisas” em que estudávamos anatomia, e isto me permitia tratá-las com a naturalidade com que se trata um livro. No entanto, encontrar um pedaço de comida no estômago do cadáver recompunha sua humanidade (ainda que uma humanidade extinta), e por isso era inquietante.

A inquietação de que falo é um certo vazio existencial, algo do tipo “toda a existência de um indivíduo acaba dessa maneira absurda, sem mais nem menos. . .”, essa presença da morte, da qual não vamos escapar — o que de certa forma nos faz iguais aos cadáveres da anatomia, só que a sentença deles já foi executada. . . trata-se, sem dúvida, de um sentimento inquietante, perturbador.

Não é preciso esforço para demonstrar que os sentimentos despertados pelo *encontro* com situações conflituosas são quase intoleráveis. Portanto, sempre temos a tendência de ocultá-los, fingir que não existem.

Para agüentar, e ainda mais, para ter-se satisfação (necessária ao aprendizado) no manuseio dos corpos humanos, é preciso desumanizá-los. Deixar claro, principalmente para nós mesmos, que eles diferem de nós em essência. Os cadáveres da anatomia são transformados, por força da circunstância, em objetos destituídos de humanidade, em bonecos colocados à disposição do ensino.

Essa é a cisão. Descuidados, acabamos por “esconder” os conflitos existenciais que determinados *encontros* no curso de medicina despertam, e o *encontro* com os cadáveres — materialização da morte — é o primeiro deles. Junto a esse encontro forçado, vem a exigência militar de que extraiamos dele o maior número possível

de informações, e isso só pode ser feito se não problematizarmos muito, mantendo a objetividade. Diante de tamanho problema, é preciso “fingir” que as coisas são mais simples do que são, para que possamos trabalhar a pleno vapor. Algo assim como uma *superficialidade operacional*. Como ficar perdendo tempo, divagando sobre a “humanidade do cadáver”, se temos que decorar o nome, a inervação, a origem, inserção e função de todos os músculos do braço até a aula seguinte?

Mas será esta dicotomia entre sensibilidade e operacionalidade realmente necessária?

Os cursos que formam profissionais para cuidar da vida começam com um encontro ostensivo com a morte. Tão cedo quanto possível, a cisão traumática entre estudantes da área da saúde e seus futuros pacientes, apresentados na forma cadavérica, cria uma distância essencial, como que uma dicotomia “cuidador-cadáver”. A *superficialidade operacional* trabalha para mantê-la intocada.

Até que ponto a angústia dessa relação primeira influencia o contato posterior com os pacientes internados no hospital-escola? Até que ponto é ainda o cadáver da anatomia, agora fonte de novos aprendizados, que assiste à turba de adolescentes ávidos por uma descoberta circundar seu leito? Até que ponto é ainda ele que espera pacientemente os estudantes, um a um, apertarem-lhe a barriga, auscultarem-lhe o peito e completarem o inquérito de seu sofrimento? Inquérito esse que, uma vez terminado, não se traduz em nenhuma forma de implementação de cuidado, deixando clara a intenção puramente investigativa.

Até que ponto o cadáver, corpo aberto à ciência, humanidade destituída de autonomia, base do ensino médico, é ainda um fantasma a perpassar a relação médico-paciente?



EDUARDO SIMON, residente de Medicina de Família e Comunidade da Uerj, formado pela UFRGS.

EM VOLTA DOS CADÁVERES DE ANATOMIA (II)

EDUARDO SIMON

ENTREI NA MEDICINA não sei bem por quê. Talvez pela própria indecisão. Explico-me. Como não sabia ao certo o que fazer, optei por uma atividade através de cujo exercício eu fosse útil às pessoas de modo direto, idéia que parecia gratificante. Psicanálise à parte, acho que tal motivação veio da culpa por eu ter sido uma criança egocêntrica, pouco sociável. Queria me aproximar das pessoas.

Logo que comecei o curso, o encontro se cumpriu, ensinando-me a primeira lição da arte médica, o seu quase irônico realismo: encontrei pessoas já falecidas, esquartejadas, mergulhadas em tanques de formol. O encontro, forçado, queria ter ares de solicitude: diariamente, quando chegávamos ao necrotério para a aula matinal, as “pessoas” já estavam lá, dispostas nas mesas de inox por ágeis e indiferentes funcionários, esperando pacientemente que os estudantes ouvissem a conferência do professor para alegres oferecerem seus préstimos ao aprendizado da anatomia e, quiçá, da grande ciência da cura.

Feriu-me fundo aquela grandiloquência presumida. Havíamos sido postos em contato com a morte de modo grosseiro, sem nenhum preparo, salvo uma breve preleção sobre como éramos especiais por termos passado em medicina (“você são a nata da sociedade. . .”, etc.). Se aqueles cadáveres eram o primeiro contato com a medicina, e se um orgulhoso professor despejando distraidamente seus conhecimentos sobre a anatomia da mão eram a pri-

meira coisa que ouvíamos numa aula do curso, era porque isso representava, de alguma forma, o que a Academia, reflexo da sociedade, pensa da medicina e do que é ser um bom médico.

“A anatomia e a histologia são as bases da fisiologia, que juntamente com a bioquímica serão as bases da terapêutica clínica e cirúrgica. Enfim, o homem é um grande sistema interativo, que se expressa de um modo cientificamente cognoscível, sistema este passível de transformações conforme a vontade e o poder divinatório da arte médica”, e o diabo-a-quatros, sussurravam aula após aula os doutores a alunos deslumbrados. Parecia que aquela doutrina militar, aquele ritual, as sessões diárias de dissecação afastavam-nos de nossa humanidade, transformando amigos em competidores e moças sorridentes em vampiras lutando pelo acesso aos corpos menos manipulados.

A precariedade destas idéias revelava-se desde o primeiro momento, pois quem as professava não falava delas diretamente, ou porque não tinha capacidade para tal (dificuldade médica de lidar com idéias abstratas, sabe como é. . .), o que as tornava criações de um idiota, ou porque não havia a preocupação de expor aos estudantes a base do pensamento médico, o que seria absurdo.

Mergulhado neste absurdo que a medicina se revelara, entrei numa fossa terrível, não tinha mais motivo para levantar da cama. Arrastava-me por aqueles corredores escuros, onde sabia que só encontraria uma ciência que convertia o sofrimento e a morte em palcos para exibição de conhecimento. Recusava-me a estudar, e tal recusa logo imprimiu notas vergonhosas em um histórico escolar até então impecável. Que humilhação, e que raiva, saber que aqueles que se julgavam superiores a mim mostravam grosseira ignorância sobre assuntos que eu amava. Em arte, por exemplo. Entristecia-me profundamente a cegueira dos professores e da maioria dos estudantes para algo que fosse além de filmes de ação e cantores do momento. Parecia que havia muito mais oxigênio para o pensamento em qualquer outro curso da universidade. Talvez julgassem que pensar demais atrapalha a prática médica. Só prosse-

gui no curso pela obediência a meus pais e pela esperança, pequena, de que algo podia mudar. E mudou.

No terceiro semestre do curso, a carga horária era bem menor. Nada de anatomia ou histologia. Das “doutrinas fundamentais”, apenas uma cadeira de fisiologia e bioquímica, que pelo menos são algo “dinâmicas”. Sobrava tempo para conversar com os amigos, tomar uma cerveja, pegar um sol, jogar bola, essas coisas extraordinárias que os homens de ordinário fazem. Encontrei, no meio da massa deslumbrada, colegas que partilhavam da angústia com o curso, amigos que de alguma maneira eram tocados por aquilo que é humano, e não apenas pelo que, no humano, é cadáver. Com eles, aprendi algo sobre o combate: se o inimigo te parece invencível, busca aqueles que pensam como tu, para que se desfaça o engano.

Aos amigos, veio juntar-se um mestre. Um velho professor, um discreto filósofo a incitar rebeliões interiores. Nas manhãs de quarta-feira, reuníamos-nos na sala de um asilo de caridade. Nada de assistencialismo — falávamos da morte, pela primeira vez dignamente. Falávamos de nossa própria vida. Depois de alguns meses, começamos, guiados pela mão experiente do Prof. Goldani, a falar de prática médica, de pacientes, de doenças. Meu curso de medicina, só no terceiro semestre começou. Pela primeira vez me orgulhei do que estava fazendo. Durante algumas semanas, acompanhei uma senhora muito simpática, Dona Odila, sua vida abriu-se ao meu contato, minha vida abriu-se ao contato dela, eu era um estudante de medicina e, principalmente, eu não sabia porra nenhuma de anatomia.

Os professores de anatomia me atrapalharam. Tive de aprender essa ciência imprescindível mais tarde no curso, a despeito deles. De um modo geral, o curso de medicina todo me atrapalhou, quase me aniquilou, mas o contato com as pessoas queridas deu-me forças para buscar o conhecimento, e deu, ele próprio, o conhecimento, permitindo-me a formação adequada. Foi o contato com pessoas extraordinárias, capazes de ensinar a arte da cura, ou

antes, a arte mágica do cuidado, através de seu próprio sofrimento, que me fez voltar sobre meus passos e resgatar do fundo do inferno das aulas de anatomia (infelizmente, não é exagero) as informações necessárias ao conhecimento técnico. Foi o contato com elas que fez de mim, e continua fazendo a cada nova oportunidade, um terapeuta. É esse contato, que jamais se apaga, e pelo contrário se acrescenta a si mesmo, memória comovente, que me dá força para enfrentar os plantões movimentados, o caos do sistema de saúde, a indiferença do poder público, a miséria, o desespero. E hoje, através desse contato que nunca me abandona (ah, fidelidade das pessoas humildes!), posso ter satisfação e alegria em minha prática profissional. Em minha prática médica.



EDUARDO SIMON, residente de Medicina da Família e Comunidade da Uerj.

CUIDADO COM O CUIDADO: O CASO DA FILA DO TOQUE E A IMPLICAÇÃO DO ATO DE CUIDAR

EMERSON ELIAS MERHY

LÁ PELO ANO DE 1971, durante meu curso de graduação, vivi uma experiência que sempre me incomodou. Imagino que muitos que participaram dela nem se lembrem do ocorrido. Para mim foi muito significativo, mas não necessariamente para outro que ali estava.

Meu relato começa com a cena de uma mulher deitada na maca, em uma sala para exames ginecológicos, no HC/USP. Na sala, uns quinze alunos do quarto ano de medicina e um docente de Ginecologia.

Ele manda os alunos fazerem uma fila e colocarem luvas. Todos se paramentam, entram em fila e ficam esperando novas ordens.

Vai um, faz um toque vaginal sob orientação do docente. Vem outro e também toca. E, aí, outro e outro e outro e. . . e outro.

Não havia chegado ainda o fim da fila e a mulher, uma senhora negra de uns quarenta anos, começa a gemer. Faz um som de gozo. Fica quietinha soluçando. Sente vergonha. Mas, goza.

Faz-se um pequeno silêncio na sala e ela fala: “sabe, todos fazendo isso, não agüentei. Não devia, mas não agüentei”.

Poucos pararam de fato para reparar naquela fala. Até mesmo o docente não se tocou muito. Dá a sensação de que ou não escutou ou não deu bola. O fato é que a fala dela só fez sentido para alguns.

Fiquei muito indignado, chocado, mas com um sentimento reservado só para mim, não sabia o que fazer na hora. Problemati-

zei só para mim mesmo. Não dirigi uma palavra para ninguém, nem para ela. Simplesmente simulei uma situação, que enganou o professor, de que já havia feito o exame. Esperei o fim da aula e saí.

Sempre esta cena veio a minha mente. Sempre tive a sensação da violência cometida ou do descaso em relação ao outro. Imaginei como seria se a cena fosse com uma paciente de um consultório particular. Chegava à conclusão que isso não seria permitido. Mas nunca entendi como que aquela paciente tinha conseguido gozar. Nunca entendi como ela permitiu tudo aquilo.

A explicação mais forte que tinha é que pessoas necessitadas, sem recursos, se submetem a qualquer coisa para poderem ter acesso a um atendimento. Fiquei com muita raiva. Considerei o professor um carrasco, os alunos uns imbecis e a paciente uma vítima.

Pensava o professor e meus colegas como sujeitos dominantes e ela como sujeito dominado. Colocava-me como alguém que não pactuava com aquilo, mas que não entendia o que de fato tinha ocorrido, em particular pelo comportamento daquela senhora.

Como alguém goza sendo violentada? Como uma dominada pode se expressar como sujeito do gozo?

Lembrei de uma imagem que me chama atenção, sempre que olho para ela. Uma foto de criança, com uns cinco anos de idade, segurando com a mão esquerda uma chupeta perto da boca e com a direita segurando um cigarro aceso na boca. A foto me dá sempre a sensação de, ao mesmo tempo, estar vendo um sujeito vitimizado e um sujeito transgressor. Alguém habitado por mais de uma alma.

Pois é, hoje, consigo pensar nisso sem dicotomias, sem muita dificuldade, porque somos, de fato, muitos tipos de sujeitos em nós. Temos muitas almas que nos habitam, que se relacionam e que, em certas situações, ocupam lugares centrais uma em relação a outra. Sinto-me assim em várias circunstâncias.

Como médico, sei ver isso. Como possuidor de saberes profissionais — que me permitem relacionar-me com um outro, que vem a mim exatamente por estes saberes, atrás da minha capacidade de exercitá-los para produzir cuidados de saúde, que ele busca por

ser necessitado — sinto que também sou habitado por uma outra alma, possibilidade que aparece quando sou eu o portador da necessidade. Aí parece que a minha sabedoria para produzir cuidados se dissipa e eu peço a alguém que faça isso, para mim.

Explico. Quando passo a viver uma situação em que sou o portador de uma necessidade de saúde — por exemplo, porque passei a ter uma dor profunda no peito — mesmo sendo médico, saio atrás de um cuidador que dê conta do que estou precisando. Quero que algum profissional com saberes tecnológicos de cuidados venha cuidar de mim. Minha alma de médico sai e dá lugar a uma outra. Viro usuário. Mas ambas continuam me habitando, negociando entre si.

Hoje, sei ver isso. Sei ver que somos habitados por várias almas. Algumas que expressam lugares mais amplos, outras que se subordinam mais facilmente. Vivemos nos momentos relacionais com outros, isso em conjunto. Tudo ao mesmo tempo. E as nossas almas conversam entre si e com as dos outros.

O que é interessante é que tanto aquela senhora, quanto o docente, quanto eu, quanto meus colegas éramos e somos assim, também. E o mais interessante ainda é que ao estarmos habitados por todas estas possibilidades e todas elas se expressarem nos nossos agires, não somos muito preparados para sentir e olhar isso nas nossas ações. Não nos vemos nestas nossas multiplicidades. Temos de fato dificuldades de nos sentir responsáveis por ações que nos incomodam e que olhamos com estranheza, como se não fôssemos seus construtores. Não temos o hábito de olhar para nós mesmos nos nossos atos e daí tirar reflexões sobre a implicação que estabelecemos com o nosso agir e o dos outros.

Não vemos os vários nós em nós mesmos e, muito menos, não vemos a presença dos outros em nós ou a nossa presença no outro. Quanto mais, tudo o que isso implica.

Naquela época não via nada disso e não entendia nada disso. Não sabia o que fazer e muito menos tirar uma boa intervenção no momento. No acontecimento ocorrendo. Não conseguia pensar algo que colocasse todos em análise no exato momento do ato.

Nem a mim, nem aos meus colegas, nem ao docente. E, muito menos, nem àquela senhora.

Por toda esta elaboração que porto hoje, já com muitos anos rodados, consigo re-significar parte do acontecido e daí tirar lições. Intrigava-me o fato de que uma mulher que estava sendo vitimada poderia ter gozado. E, por limitação minha, não entendia como ela não aprendeu que aquilo era um ato de uso, de exploração do seu corpo, que aquele acontecimento não tinha nada para ser prazeroso. Na época, não fazia sentido para mim que ela era habitada por várias almas. Que por mais paradoxal que fosse sentia-se tanto humilhada e usada, quanto usando.

Como não conseguia pensar isso, achava que a força pedagógica do ato de humilhação era tão forte, que ela não poderia ter gozado e, ao contrário, deveria adquirir de modo quase imediato, pelo ódio, uma consciência crítica sobre o fato.

Não entendia que para ocorrer um fato pedagógico deste porte, o da significação da cena, ela deveria re-significar a si mesma como parte da cena. Deveria compreender o quanto a violência dos outros era também sinérgica às suas implicações. Saindo de um tipo de sujeito para outra possibilidade. Posicionando-se por dentro e não como a vítima, que se vê sempre como agredida de fora para dentro. Que de fato era como eu via a cena, e a mim nela.

Um pouco mais tarde, só com um novo olhar conceitual que comecei a usar, o da pedagogia da implicação, é que senti que poderia re-olhar para aquela cena e me aproximar daquela mulher, compreendê-la um pouco mais e ao mesmo tempo imaginar intervenções que fariam sentido, naquele momento.

Imagino que o mais interessante seja poder ver na cena a implicação de todos e a possibilidade de explicitar no agir de cada um os movimentos das várias almas que se expuseram.

Do lado do docente, vale ressaltar, que por mais descuidador que fosse, não conseguindo nem olhar e escutar a paciente em suas necessidades de modo mais global, ele, de fato, não deixava de ser um possuidor de saberes que produzia cuidados e, como tal, fica-

va em cima de um fio de navalha, onde suas almas caminhavam. Por um lado, era cuidador; por outro, era fragmentador e descuídava. Por um lado, subordinava, submetia; por outro, satisfazia necessidades. Era um agir em paradoxo.

O docente, como profissional de saúde, com suas ações, abria-se para que suas várias almas aparecessem e fossem vistas. E o interessante é que isso poderia permitir que conversasse com elas, poderia refletir-se nelas. As manifestações da paciente e dos alunos eram oportunidades para isso. Era como se ele se projetasse por meio das suas ações neles. As suas ações iam até ela e eles, e voltavam para ele.

Este movimento de ida e volta chamo de efeito pororoca* das ações dos profissionais em saúde, na maneira como agem por meio dos seus trabalhos vivos em ato, na produção do cuidado. Pororoca, pois é como um rio que se dobra sobre si ao encontrar o mar como o outro. É como o trabalho vivo em ato, possuidor das tecnologias de cuidado, faz ao se dobrar sobre o outro, o usuário portador das necessidades, e volta sobre o trabalhador revelando suas implicações. O trabalhador pode se ver, ao ver suas ações no outro.

De modo sinérgico o usuário também. E aí vem a parte que eu menos compreendia. Que a paciente estava implicada com aquele modo de cuidado e algo podia ser feito para que ela se visse também e se abrisse sobre si mesma. Esta seria a oportunidade de ela re-significar a si, aos outros e à cena. Encontrar outro sentido para a sua busca como usuária de um serviço e, talvez, tornar-se senhora de direitos e não co-partícipe daquele tipo de cuidado médico. Na realidade esta era a minha oportunidade de agir.

Sei que isso tudo não seria feito de modo liso. A situação a ser criada seria muito tensa. Porém, se tornarmos isso uma postura efetiva da própria prática pedagógica, implicada com a formação dos profissionais de saúde, não há por que existir esta mesma tensão, pois este modo de agir seria constitutivo do próprio processo de formação. Colocar a implicação em análise seria uma das lógi-

* Tiro esta imagem do estudo de Ana Lúcia Abrahão, que a utilizou no seu doutorado.

cas da educação permanente como componente das práticas de saúde.

Hoje, penso sobre tudo aquilo e imagino grandes chances em se ensinar de modo bem distinto. Creio, até, que o novo profissional de saúde, implicado com a defesa radical da vida, individual e coletiva, será formado neste tipo de pedagogia. Tudo depende de nós e só de nós.

De repente, uma situação aberrante de injustiça como muitas que acontecem no dia-a-dia dos serviços universitários. O orgasmo da mulher examinada, expressando prazer com a situação, parecia legitimar aquela forma de exame. A complexidade daquele acontecimento, incapaz de ser entendida pelos estudantes que se indignaram, parecia querer fazer deixar tudo continuar sendo gerido daquela forma. Situações absurdas sem reação, vão se tornando banais e normais. Vamos incorporando-as como rotina. As reações, que latejavam em alguns alunos naquele momento, foram desmontadas pela reação inesperada da mulher que, ao gozar, pareceu tornar ilegítima a leitura teórica que dava suporte à indignação. Como dizer que ela estava sendo oprimida se ela teve orgasmo com a situação? Ficou uma indignação calada, por falta de palavras organizadas que sustentassem uma reação racional, como o ambiente universitário exige. Mas o sentimento percebe e diz, mesmo sem explicações racionais. Fica ressoando, incomodando e mobilizando para o estudo. Há estudantes que se deixam levar por estas inquietudes. São pessoas esquisitas. Cismam com questões pouco claras e não conseguem deixá-las de lado para viver uma vida considerada normal, de progresso e prazeres usuais. É esta inquietude que alimenta o dinamismo da universidade. Aos poucos, ela gera pesquisas e teorias que ampliam as possibilidades de superação a situações que o coração já percebera como indignas.

— EYMARD



EMERSON ELIAS MERHY, médico sanitarista formado em 1976, professor de saúde coletiva da Unicamp.

A CAPA DE SUPERMAN

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

SOU COROA. Meu curso de graduação foi no início dos anos 1970. Tempo de ditadura. O movimento estudantil era tenso. Muitas lideranças ligadas a grupos de esquerda postos na clandestinidade pela Ditadura, e não podiam abrir claramente o jogo de suas intenções e articulações. Eu, com minha formação cristã, estranhava o jogo agressivo entre as lideranças. Mas foi se fortalecendo um grupo de estudantes dos movimentos de jovens da Igreja Católica. Com eles, entendia-me mais. A liderança que mais admirava e confiava era o Eleomar, estudante de enfermagem. Tinha postura aberta e franca, mas sabia enfrentar a turma aparelhada e fechada ligada aos grupos clandestinos. Formamos um grupinho de estudos sobre cristianismo e transformação social. Ele era líder.

Como eu era mais velho do que ele, formei-me primeiro e entrei na Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFMG. Um dia encontrei com ele numa enfermaria. Ele como estagiário de enfermagem e eu como médico residente. Foi uma grande surpresa. De repente, aquele a quem eu admirava e reparava nas atitudes para me orientar, estava ali, junto de mim, atento, esperando a minha voz de comando para guiar seu trabalho. Tudo bem, que há decisões que cabem mesmo ao médico. Mas ele era todo espera. Sua altivez tinha sido quebrada pela forte tradição de papéis existente no hospital. Fiquei todo sem jeito de assumir o comando sem, nem mesmo, ouvir suas opiniões. Mas, no hospital, tudo é pressa e não há tempo para escuta e conversa sobre estes estranhamentos.

Deste dia em diante, passei a notar como a atitude das pessoas para comigo mudavam depois que vestia aquele avental branco e entrava no hospital. Até então, eu era um juvenzinho inquieto e inseguro. Dentro do hospital, me tornava o Dr. Eymard. Doentes, funcionários e enfermeiros naturalmente me tratavam com extremo respeito e consideração. Brincadeiras e irreverências em público só vinham dos colegas médicos. Admirei passar tão rapidamente para a casta do hospital. Os grandes médicos que comandavam o hospital abriam suas rodas para o jovem e promissor colega. Profissionais com outras formações, muito mais experientes, pareciam reverenciar minha presença. Até o Eleomar se curvou, talvez sem notar. Passei a olhar para meu avental branco com desconfiança. Parecia que, na verdade, era a capa do Super-Homem. Com ele o titubeante Clark Kent se transformava no Superman.

A gente estranha, mas vai se acostumando. Vai assumindo a postura de comando que a instituição espera. Esta postura vai ficando natural no nosso modo de ser. Não é à toa que os médicos são altivos. Apesar de trabalhar com educação popular, que sempre questiona os poderes estabelecidos, também fiquei altivo, para não dizer outras coisas piores. Uma altivez que transpira pelos poros. Isto ficou claro, num dia em que tive notícias de comentários de alguns sociólogos da Bahia ao meu segundo livro sobre educação popular. Eles comentavam que era um livro interessante, mas que demonstrava claramente ter sido escrito por um médico. A forma assertiva e segura como fazia afirmações polêmicas era típica de médico. Passei a ficar atento, mas a pedagogia do autoritarismo vai sendo alimentada a cada dia na minha convivência de doutor médico nas instituições de saúde onde atuo. É uma pedagogia invisível e, por isso, muito forte. Hoje, nem uso mais avental branco, mas a aura de professor doutor médico já está incorporada na minha imagem social.



EYMARD MOURÃO VASCONCELOS, professor de Saúde Comunitária e Educação Popular na UFPB.

O ENCONTRO DO GRANDE AMOR DE MINHA VIDA

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

ANO DE 1974. Eu estava em crise. No terceiro ano de medicina, pensava em abandonar o curso. Escolhi medicina pensando ser o curso mais apropriado para me tornar um pesquisador. Era fascinado com a complexidade da vida. Imaginava-me em um laboratório procurando desvendar mistérios do corpo e encontrando soluções de impacto. A figura do professor Pardal, das histórias do Pato Donald, com suas descobertas mirabolantes, era uma referência não claramente assumida. Mas o estágio que havia feito no Departamento de Fisiologia da UFMG, centro de pesquisa em fisiologia bastante reconhecido, me decepcionara. Descobrira como a pesquisa científica em laboratório era demorada, dependente de longa rotina de repetição de testes. Era um ambiente sem o dinamismo que imaginara. Mas o que fazer então? Imaginava também o trabalho clínico em consultórios particulares e ambulatórios públicos como algo rotineiro e chato.

Cheguei a procurar uma psicóloga da Universidade para me orientar.

Nesta época, o Centro Acadêmico do Curso de Medicina organizou a I Semana de Saúde Comunitária — Sesac. Eram férias e tinha alguns amigos na organização. Sem outros programas, resolvi participar sem saber bem o que encontraria. Estudantes de cursos de medicina de outros estados vieram, trazendo relatos e reflexões de experiências de trabalho comunitário em saúde que

começavam a se organizar no Brasil, em geral ligados a universidades. Era impressionante o entusiasmo de alguns deles. Animeime, então, a participar de um estágio de duas semanas em postos de saúde recém-criados na região do Vale do Jequitinhonha, nordeste de Minas Gerais, para os participantes da Sesac. Fui parar, com mais dois estudantes, no povoado de Engenheiro Schinnor, no município da Araçuaí, depois de uma desconfortável viagem de ônibus por toda uma noite. Até hoje não compreendo bem o que me animou a me arriscar nesta aventura.

Era um povoado pobre e em decadência, pela desativação da Estrada de Ferro Vitória—Minas que lá passava. Fomos acolhidos pela comunidade. Cada refeição era feita na casa de um morador diferente. Estávamos bastante desajeitados e inseguros, apesar de apoiados por uma estudante de Brasília mais adiantada e já com alguma experiência em saúde comunitária. Apesar de estudantes, a população da redondeza, carente de assistência, afluía em grande número trazendo seus problemas que procurávamos resolver com os medicamentos da Secretaria Estadual de Saúde e muita conversa entre nós. Já iniciados em alguns princípios da pedagogia libertadora de Paulo Freire, procurávamos criar espaços para ir discutindo, de forma mais ampla, as raízes e soluções dos problemas mais importantes do lugarejo. Tentávamos identificar lideranças que nos ajudassem no trabalho de mobilização.

A carência da população, que ao tornar valiosos os nossos poucos conhecimentos, os levava a expor intensamente os seus problemas, e as orientações de Paulo Freire, que nos levavam a não assumir a atitude de doutor sabe-tudo, mas de encontrar formas para discuti-los coletivamente, fizeram uma mágica. Aquele povoado pacato e decadente se revelou lugar de uma dinâmica fascinante. Problemas aparentemente banais iam mostrando estar ligados a histórias complexas, carregadas de sofrimento, garra, opressão e paixão. Eu, filho de uma família de classe média tradicional da capital mineira e com uma vida bem regradinha, tive acesso a mistérios que nem imaginava. Assustei-me e encantei-me. Além do mais,

sentia que éramos significativos na busca de soluções. Pouco entendíamos de política, sociologia, psicologia ou economia, mas nosso precário saber técnico nos dava autoridade para propor encontros e, seguindo os princípios da Educação Popular, colocar problemas em discussão. Nossa insegurança até ajudava, na medida em que nos dificultava tentar responder sozinho às dúvidas. Estávamos perplexos demais com o que deparávamos para conseguir mostrar segurança. Era impressionante como uma simples orientação metodológica salvava e abria caminhos: “diante de um problema significativo, procure discutir com as pessoas envolvidas, buscando construir coletivamente as soluções”. Nas discussões com as famílias e nos grupos formados, fios da complexa meada da vida iam se revelando, mostrando dimensões inusitadas da luta pela sobrevivência e felicidade. Soluções eram costuradas com palpites de muitos, já os envolvendo no encaminhamento. Ficávamos encantados com os resultados esboçados no processo que ajudávamos a construir. Participávamos da obra de recriação coletiva da vida e isto era fascinante. Esta metodologia pedagógica nos aproximava afetivamente deles e nos permitia desfrutar de seus carinhos e alegrias que expressavam de forma intensa.

Não me lembro dos rostos daquelas pessoas, nem da maioria de suas histórias. Mas ficou marcada em minha alma um sentimento tão forte que tem me acompanhado em toda minha existência. Nunca vivera nada tão intenso. Foi algo tão tremendo que relativizou todas as minhas dúvidas. Não entendia bem o que acontecera, mas sabia que era isso que queria para a minha vida.

Desde então, em cada período de férias, buscava organizar um estágio em alguma comunidade. Precisava experimentar aquilo novamente; queria viver outros desdobramentos do amor que se iniciara; necessitava conhecer mais esta realidade que me fascinava. Vieram, então, ainda como estudante, Veredinha, Padre Paraíso, Calciolândia e a favela da Avenida Raja Gabáglia. Os rostos e lugares mudavam e o vínculo aumentava. Classes populares e mo-

vimentos sociais foram conceitos que descobri e me ajudaram a dar uma identidade a este outro que tanto me atraía para um encontro de criação conjunta, mobilizando meus sonhos e minha paixão. Classes populares, um outro desvestido de pompas e sem pudor de escancarar sua intimidade desarrumada na crise da doença, deixando mostrar uma criatividade e vibração capaz de construir uma inesperada alegria e amorosidade em situações aparentemente insustentáveis.

Meu curso de medicina ficou colorido. Nas diversas disciplinas, os assuntos técnicos ganharam vida, pois me ajudavam a entender os problemas das pessoas com quem criara vínculos. Tinha uma referência para selecionar o que estudar mais, me dando uma certa autonomia diante da cobrança dos professores. Formei-me, fui trabalhar na Paraíba com saúde comunitária. Encontros em Pilõezinhos, Guarabira e nas favelas de João Pessoa e Belo Horizonte. Descobri que outros profissionais também tinham paixões semelhantes e estavam cheios de inquietações. Fiz mestrado, doutorado e pós-doutorado buscando a melhor compreensão de nossas dúvidas. Vieram livros e a Rede de Educação Popular e Saúde, que aglutina hoje centenas de profissionais com buscas parecidas.

Hoje, com cinqüenta e dois anos, já tive vários amores. Tive namoradas, casei, separei e tenho dois filhos que não mais vivem comigo. Olhando para trás, vejo que o encontro com o mundo das classes populares, iniciado ali em Engenheiro Schinnor, no espaço do trabalho em saúde e da luta pela justiça social, funcionou em mim como um grande encontro amoroso. Destes que criam um vínculo de tal monta que reorientam todo o viver. Que despertam energias e motivações que nos dão garra para enfrentar a aventura da vida. Entre desencontros, desencantos, momentos de intensa alegria e conquistas, este amor perdurou central. Gerou filhos: alunos e leitores espalhados pelo Brasil, movimentos sociais, sistematizações teóricas. Criou redes de parentesco. Hoje, para celebrar este vínculo, a única bijuteria que uso é meu anel feito pelos índios

da Amazônia com o coquinho do tucum, que vem sendo assumido por militantes dos movimentos sociais como símbolo deste casamento que não é só meu. É um amor cheio de precariedades e contradições como todos outros, mas o maior. Nele descobri os caminhos atuais do meu cristianismo.



EYMARD MOURÃO VASCONCELOS, ex-aluno do curso de Medicina da UFMG.

PASSAGEM PARA A OBJETIVIDADE

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

ERA RESIDENTE de Medicina Interna no Hospital das Clínicas da UFMG em estágio no Centro de Tratamento Intensivo. Na reunião clínica matinal, fora decidido que uma paciente, que acompanhávamos há semanas, estava mesmo em estado de morte cerebral. O médico chefe do plantão esperou um momento mais tranquilo, reuniu os residentes e se dirigiu ao seu leito. Desligou o respirador. Em torno de seu leito, íamos observando os sinais físicos da morte se manifestarem. Entre um sinal e outro, conversávamos sobre outros assuntos de trabalho. Uns vinte minutos depois, pedimos à enfermagem para providenciar a retirada do corpo e a liberação do leito. Fomos para a cantina do CTI tomar café, continuando as conversas variadas que iniciáramos. De vez em quando, lembrávamos de uma peculiaridade interessante do processo físico de morte da paciente. O chefe do plantão, professor da UFMG, explicava os mecanismos fisiopatológicos daquela manifestação. Nenhum sentimento de compaixão e nenhuma consideração nem preocupação com o significado daquela morte. Apenas curiosidade. Nenhuma preocupação com as conseqüências para a família. Talvez porque achássemos que o serviço social deveria cuidar disso. Uma enfermeira veio nos chamar para avaliarmos uma alteração em outro paciente. A reunião se dispersou. Voltamos à rotina. Na verdade, não tínhamos saído dela.

Apenas à noite, na cama, estranhei o que vivera. Admirei a objetividade fria com que nos portáramos. Assustei-me com a transformação ocorrida em mim. Não sabia bem por quais caminhos ocorrera este aprendizado tão forte na minha maneira de relacionar com a emoção e com o outro. Assistia a essas transformações achando que era algo natural do ser médico. A universidade me transformava para além do previsto no currículo oficial.



EYMARD MOURÃO VASCONCELOS, ex-médico residente do Hospital das Clínicas da UFMG.

O ÓBVIO NEGLIGENCIADO

FELIPE CARVALHO

NÃO ANDO INPIRADO para escrever, o lugar onde eu moro não é muito inspirador (um quartel). Mas eu estava pensando num dos principais problemas da nossa formação: a negligência com o óbvio e com o cotidiano. Por exemplo, estudamos que causas de amnésia recente podem ser Alzheimer, deficiência de vitamina B12, entre outras, mas não está nos livros que a principal causa é o estresse do nosso ritmo de vida (preocupação com várias coisas ao mesmo tempo, a “cabeça cheia”). Estudamos todos os germes que causam diarreia e por quais mecanismos eles agem, entretanto não sabemos como o famoso croquete de rodoviária nos causa “caganera”. Esquecemos que a esmagadora maioria dos casos de surdez condutiva deve-se ao ouvido entupido de cera, e não à otite média crônica ou outras enfermidades menos comuns (no estágio do posto “curei” uma paciente de seus zumbidos e sua surdez apenas com simples lavagem de conduto auditivo; detalhe: ela já tinha consultado um otorrino algumas vezes por esse motivo, sem resolução do quadro).

Só quando saímos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), templo sagrado das incomunidades, é que nos deparamos com o óbvio e o cotidiano e nos damos conta de que eles ficaram durante um bom tempo esquecidos em alguma gaveta de algum serviço de saúde igualmente óbvio e cotidiano, o qual nos receberá de braços abertos esperando que resolvamos pelo menos os seus problemas óbvios e cotidianos (justamente aqueles com os

quais não temos experiência acadêmica), já que as raridades serão mandadas para o HCPA.

Eu já tinha uma noção disso tudo durante a faculdade, mas só agora estou comprovando na prática. Ainda bem que o meu jogo de cintura me permite resolver e aprender a lidar com esses problemas, ditos banais, ao mesmo tempo que vou ganhando experiências que não tive durante a faculdade.



FELIPE CARVALHO, médico recentemente formado pela UFRGS.

FORMIGA ATÔMICA

FELIX ALBERS

UMA MANHÃ, ao despertar de sonhos inquietantes, Gregor Samsa deu por si na cama transformado num gigantesco inseto”. Gregor sou eu. Acordo de manhã, espicho minhas seis patas, uma a uma, humor de barata, determinação de formiga. Com movimentos sinuosos, minhas antenas ajustam-se ao clima úmido da manhã de mais um dia. Elas captam o desespero que os olhos não vêem. Diante do espelho, abro um sorriso de quelíceras. São tempos difíceis.

Há vantagens em pertencer ao mundo dos invertebrados decerebrados. Por exemplo, caminho rapidamente em direção à parada de ônibus, meu casco me protege da chuva e, no caso de uma freada brusca do ônibus para não atropelar o moleque pedinte, seguro-me rapidamente em tudo e em todos. Nada me derruba, afinal, tenho sangue de barata. Sou, como inseto, um ser evoluído em tempos difíceis.

É domingo. Chego ao hospital, dia de plantão na Emergência. Dizem que sou bom no que faço, o único problema é que gasto três pares de luvas cada vez que me atraco sobre um politraumatizado, o que eleva os custos hospitalares. São tempos difíceis. Meus colegas de trabalho pertencem cada um a uma família diferente. Tem o burro, o tigre, o tucano, a lesma, o pavão. Eu, ser insignificante, invertebrado e decerebrado, sou mais adequado para o dia-a-dia médico, apesar do problema das luvas. Tenho “o perfil”. Sou famoso pela massagem cardíaca mais eficaz do planeta, e ainda pos-

so me expor a Raios X sem dano aparente nenhum. Era um dos termos do contrato de trabalho. São tempos difíceis.

Espernei como barata tonta, mas o esforço não foi suficiente para evitar a morte de um mamífero, espécie *Homo sapiens*, nome ignorado, registro 4004564335, que apesar de pertencer a este grupo, não merecia morrer. Não naquela tenra idade, não daquele jeito, atropelado por outro *Homo sapiens* que, devido a um aparente descaso de um exemplar do sexo oposto, também da espécie *Homo sapiens*, embriagou-se, emocionou-se, deu vexame. Realmente, uma espécie condenada à extinção. Falta sangue de barata nestes tempos difíceis.

Um dia inteiro de trabalho e luvas de látex. Chega a noite, sinto o peso do meu casco, o cheiro de talco nas minhas patas. Deito-me, mas a mania furiosa dos meus olhos tira meu sono. Baratas não dormem. Sinto-me inútil por não estar fazendo a única coisa que sei fazer. Humor de barata, determinação de formiga, sorriso de quelíceras diante do espelho. Com movimentos erráticos, minhas antenas ajustam-se à escuridão do quarto. Elas captam a solidão que os olhos não vêem. Todo dia que começa, rapidamente termina. Toda noite que começa, demora a terminar. Afinal, são tempos difíceis.



FELIX ALBERS, residente de Medicina de Urgência do Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre, formado em medicina pela UFRGS.

QUIXOTE

FELIX ALBERS

É NAQUELES DIAS EM QUE O SOL BRILHA, em que a mente funciona, naqueles dias em que os pacientes vêem em mim o doutor que ajuda e que eu realmente sou o doutor que ajuda porque alguma vez já vi ou li o que estou tratando, quando tenho disposição para ouvir queixas e capacidade de confortar corações aflitos, quando um raciocínio clínico seguro leva a uma série de exames a serem pedidos que por si levam a um diagnóstico já previamente suspeitado pela anamnese e exame físico e que levam a um tratamento que é eficaz, definitivo e sem efeitos colaterais, naqueles dias em que a máquina está devidamente azeitada e em que o hospital funciona como deveria funcionar, quando a burocracia ajuda e não atrapalha, quando meu papel de residente é executado com razoável destreza e tenho o reconhecimento do paciente e do preceptor, nesses dias, ah nesses dias, quando acordo de noites bem-dormidas, sem pesadelos ou nós na garganta, sem gritos noturnos, meu café da manhã é saudável, leio boas-novas nos jornais, quando o intestino está regulado, quando há tempo para o almoço, quando as conversas com os colegas são espirituosas, quando não há longos silêncios desconfortáveis, quando digo frases que são e soam sinceras, quando ando com as costas retas, a barriga encolhida e meus ombros são largos, quando as meninas na rua olham para mim com longos olhares curiosos, quando sinto que deve existir alguma intervenção divina para que dias como esse existam, quando ao final de um dia de trabalho chego em casa

e encontro meu amor com aquele brilho no olhar que só o amor traz, o verdadeiro amor alegre e eterno, que me faz sentir um homem completo, sem sentimentos de culpa ou rejeição, com vontade de explodir de pura felicidade, vontade de abraçar o mundo por me sentir parte integrante e essencial do todo, por reconhecer em todos um papel fundamental para a harmonia vigente, é nesses dias, antes de adormecer sorrindo, que as nuvens encobrem o céu e a lua desaparece.

Nessas noites em que novamente estou sozinho e indefeso na escuridão sob meus lençóis é que uma sensação desconfortável lentamente toma conta do meu peito e se transforma em vácuo negro, quando me sinto velho e decrépito por dentro, quando lentamente vou me dando conta que amanhã novamente levantarei cedo e enfrentarei com a mesma alegria intragável o caos do mundo que me cerca, quando aos poucos me dou conta que na verdade vivo em uma repetição sem fim de eventos diários e que a inspiração divina que ainda há pouco tomava conta de mim não dura para sempre. . . sinto minha vida escorrer como areia colorida numa ampulheta que viro todos os dias de manhã ao desligar o despertador.

É nos dias de mania, em que estou voando, que meu olhar alcança o abismo que se aproxima, inevitável. É voando sobre o abismo que sou envolto por nuvens e despenco, sem forças.

E lá estou eu de volta ao ponto de partida, engolindo um dia após o outro, sentindo-me mais indefeso que meus pacientes, oprimido pelas doenças incuráveis, pelas seqüelas irreversíveis de vidas malvidas, pelo cheiro de morte nos corredores do hospital. Sinto falta dos olhares que se cruzam com os meus, estou fechado em mim mesmo, a presença de outros me é ofensiva, sou um porco-espinho enroscado no chão. Como um sol negro, absorvo luz e energia para dentro de mim, como névoa caminho pelos corredores do hospital. E a intervenção divina, aquela, não vem. A vida continua sendo uma ampulheta, mas de lodo, não de areia. E é nesses momentos que, inexplicavelmente, uma faísca salta do aperto

de mão do seu João, “obrigado, doutor, até a próxima”, e que logo incendeia meu ânimo para que eu, novamente, decole como Ícaro em direção aos céus.

É no lacônico e firme aperto de mão que opera a tal intervenção divina. E é no convívio com o constante milagre da vida e da morte, da doença e da cura, que nós médicos nos confrontamos com o caos, com a euforia e a depressão. Estamos inseridos no eterno ciclo de alegrias e tragédias que é o nosso tempo e, apesar das dificuldades, devemos encarar esta missão com orgulho, como quixotes sonhadores e eternamente perplexos.



PERSPECTIVAS DE UM DESPERTAR

FERNANDA GONDIM

EMBALAGEM! Durante dois anos da minha vida acadêmica eu fui um ínfimo embrulho de carne e osso, um recipiente do “conhecimento universitário” que deveria ser armazenado. Éramos os “feras”, figuras formolizadas do que foi uma pessoa com direito a almoço, sono decente e tempo para refletir sobre o que a cerca.

Durante três semestres éramos figuras fantasmagóricas que flu tuavam entre um e outro laboratório sem ter consciência do que fazer. Alguns se tornavam envolvidos pela “ideologia do umbigo”, a simples cicatriz da vida intra-uterina que persiste como símbolo existencial, ponto convergente de todos os pensamentos ou a razão da sua ausência. Seguíamos em um mundo de preocupações individuais, em um estado de egoísmo latente. Ínfimos agregavam dúvidas turbulentas sobre a situação. A falta de tempo justificava qualquer falta de atitude e a vida girava viciosamente até que um dia algo me desperta.

Durante uma aula de anatomia, na qual estudantes se equilibram em tamboretos a fim da melhor visão do que está sendo exposto, um trágico balé de aves saprofágicas, percebi, pela primeira vez, a existência de um pequeno quadro sujo e velho que ficava na parede. Ele, que originalmente deveria ser branco, trazia em letras azuis manuscritas uma frase que ninguém conseguia entender. Fiquei interessada em saber o que aquilo significava, mas ninguém sabia qual era a mensagem. Então, perguntei ao senhor Fernando,

antigo funcionário do departamento, uma figura cercada de uma sabedoria misteriosa. Ele disse que não sabia exatamente, mas que era algo do tipo “aqui se aprende com a morte a cuidar da vida”.

Esse foi um momento singular, ele seguiu-se de um instante de silêncio introspectivo que fez o “seu Fernando” repetir a frase, talvez por achar que eu não a tivesse ouvido. Na realidade, o que senti foi algo angustiante e posteriormente bom. Pode até parecer loucura, mas foi uma espécie de equivalente intelectual de um fato que vivi durante a minha infância. Quando eu tinha uns oito anos, caí em uma piscina muito funda e estava me afogando quando um amigo de meu pai me tirou de lá. Mas onde está a semelhança? Na verdade, essa frase me tirou da situação sufocante do tecnicismo universitário, fazendo-me respirar, isto é, refletir sobre a postura de frieza em que estava me inserindo. Isso, de certa forma, causa um certo pavor, mas termina como o grande alívio de quem se salva. É uma espécie de despertar da dormência. Quando percebi que estava cercada pela morte? Até que ponto um laboratório anatômico me ensina sobre vida? Como aprendemos a cuidar de vidas sem nos inserir no viver? Perguntas ficaram no ar. . .

Alguns dias depois, durante uma aula em que o professor explicava uma manobra cirúrgica que necessita de habilidade e experiência, um aluno perguntou como era que a gente podia aprender a fazê-la. O “mestre”, cirurgião conceituado, então respondeu: “É para isso que serve o HU”. Diante do espanto dos estudantes, ele tentou se justificar alegando que essa era a realidade. O pior é que alguns concordaram. Quando seres humanos viraram cobaias?

Foram fatos como esses que me alertaram sobre o tipo de formação que estava recebendo e fizeram com que procurasse outros caminhos. Alguns alunos haviam passado nas salas de aula falando sobre o projeto “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família”, mas eu havia pensado no que faria na Comunidade se sabia tão pouco, e terminei não me inscrevendo para seleção. Eu estava tão envolvida pelo sistema de memorização e repetição que não percebia que a sociedade exigia muito mais que apenas conheci-

mento científico. Assim, após um período de reflexão, percebi que a extensão era o caminho para mudança que desejava.

Nesse projeto, eu vi que jamais vou parar de aprender, que eu sabia muito pouco e que muito do que havia aprendido não tinha sentido prático. Para que é útil saber o sexo das lombrigas se o que faz Joãozinho tê-la é a falta de saneamento básico? De que adianta saber o mais recente tratamento para determinada doença se me falta a sensibilidade de ver que dona Maria não tem dinheiro para fazê-lo? A extensão universitária abre um universo que todo estudante deve experimentar e se deliciar desde o primeiro período. É em diálogos informais e troca de experiências que eu venho aprendendo o que é educação popular, o que é ajudar as pessoas sem ser assistencialista, o que é Comunidade, o que é interdisciplinaridade, autonomia e cidadania. Não é uma simples questão de saber o que é doença, é saber o que é ser doente nesse país.

Foi em minhas conversas com senhor Joaquim, dona Conceição, dona Severina e tantos outros personagens da vida, que eu entendi que o remédio receitado pelo médico muitas vezes vem da planta do canto de quintal e o profissional nem toma conhecimento disso; que o poder da improvisação faz dinheiro render; que saúde inclui família, condições sociais, carinho. . .; que, se o mundo é um imenso mar, a maioria só tem direito à água salgada que lhe cai dos olhos. Mas que, acima de tudo, nenhuma realidade deve destruir nossa capacidade de lutar pelos nossos sonhos.

Seguindo a lógica dessa formação popular, eu venho construindo um olhar, um olhar que não é simplesmente ver ou observar, mas acima de tudo sentir, abraçar. É por causa desse olhar que eu me nego a pesquisar um sinal de Blumberg que sei que vai dar positivo só para ver como é. Eu me recuso a provocar dor em uma pessoa com a desculpa de que preciso aprender, mesmo que sofra críticas de professores e colegas. Na tranquilidade e sabedoria dos conselhos de seu Joaquim, eu encontro a fraternidade que me faz dizer não ao grupo que treina sutura em pessoas como se elas fossem um pedaço de carne qualquer.

Certo dia, andando pelos becos da Comunidade, eu ouvi alguém dizer: “tudo no fim dá certo, se ainda não deu é porque não é o fim”. Isso me faz refletir, todos os dias, sobre a importância de persistir na luta daquilo que desejo. É por isso que eu acredito que a realidade pode ser mais justa e que as pessoas devem ser gente, acima de tudo gente humana.



FERNANDA GONDIM, aluna do curso de medicina da UFPB.

MEDICINA

FERNANDA TOMÉ

ESCOLHER FAZER MEDICINA envolve questões muitas vezes contraditórias. A profissão se apresenta como a forma mais direta de poder cuidar, atentar para o ser humano, curar, atendendo e garantindo aquilo que ele precisa e quer. . . É desafiador escolher prestar vestibular para o curso mais concorrido e estigmatizado. . . É promessa de dinheiro. . . É sonho para os familiares. . . Sim, eu aceito este desafio!

Ingressamos no curso médico e. . . Ops! Nos deparamos com muitas frustrações. São muitas mudanças, dificuldades e adaptações. Ficamos perdidos correndo atrás da fórmula, da regra, tentando seguir o ritmo da música, desesperados, errando passos e nos condicionando.

Espera um pouco! Vamos rever essa música? Meu, pausa, por favor! Como? Olhamos para o lado e parece que você está sozinho errando os passos, todo mundo está se esforçando para entrar no ritmo e se você ficar para trás vai acabar fora da coreografia. E a impressão é de que dançamos e ensaiamos sem compreender direito nossos passos, com a impressão angustiante de estarmos fora da música que escolhemos. . .

Tudo parece muito sufocante. Não podemos parar para pensar e se refazer. Nosso condicionamento é muito forte e pesado e exige de nós bastante esforço para mantermos a estrutura suficiente para continuar no ritmo. Como vamos ajudar o outro se precisamos muito ser ajudados? Ser médico exige que estejamos

muito bem preparados intimamente, sabendo abordar os nossos próprios problemas para podermos atender às angústias do outro de forma compreensiva. Precisamos conhecer o ser humano não só biologicamente, mas também em seus aspectos humanos, artísticos, psicológicos e sociais. Isto parece tão consensual, mas também distante. Não conseguimos refletir sobre nós mesmos, nem entender a nossa dança e tentamos nos agarrar a diversas outras atividades onde nos encontramos com nossos anseios, onde possamos praticar a medicina que sentimos nos faltar e que nos parece cada vez mais escapar. Às vezes sucumbimos ao esforço até que o cansaço excessivo esgote nossas forças e perdemos o controle de nossos próprios pés.

É a adaptação, com o passar do tempo melhora. . . Sim, isto é verdade, tentamos nos adaptar ao máximo, preenchendo as brechas que se formam ao longo do caminho, mas parece que nunca nos sentimos completos e preparados. Avançamos no curso, começamos a prática clínica e parece que nos sentimos cada vez mais inseguros e angustiados. Nossa rotina é tão densa e carregada que nos sentimos sufocados. Tendemos a nos afastar das situações com que nos confrontamos com nosso sentimento de despreparo, sentindo angustiadamente que falta algo, que não era bem assim e que não era aquele ritmo que havíamos escolhido.

Corremos atrás da regra, com tudo parecendo como um cumprimento de protocolos. Nosso estudo, nossa prática, nossas recomendações. . . e às vezes nem entendemos bem o que estamos fazendo. Em grande parte das vezes a atenção médica parece tão inefetiva e vazia, mas nem dá tempo para refletir sobre o porquê. Vamos seguindo os passos freneticamente, cambaleando e nos condicionando. Ficamos muito confusos em vários momentos e nos perdemos de nossos objetivos. Perdidos em nosso condicionamento, tomamos atitudes e vivenciamos suas conseqüências, sem que estas mesmas atitudes sejam fruto de nossa vontade refletida.

Por que escolhi medicina? Com o tempo, parece confuso responder a essa pergunta porque a resposta não é mais tão palpável.

Será que houve outros motivos? Será que sou eu que não consigo me adaptar? Acabamos nos desestruturando muito, vemo-nos presos em problemas tão pessoais que fica difícil conseguir melhor estabilidade para atender ao outro. Temos de nos preocupar com a música! Não podemos ficar para trás!

Mas em nossa corrida incessante nós encontramos muitas inspirações que nos tocam profundamente e nos fazem lembrar que não devemos simplesmente seguir os passos. São exemplos que nos remontam a íntimos anseios e nos dão muita força. Aprendemos o que buscávamos. Tentamos desesperadamente nos aproximar para captar esta inspiração. São professores, residentes, médicos contratados e nossos próprios colegas. Sentimos conforto e temos respostas positivas aos questionamentos de nossos ideais. São pessoas que para nós captam a essência da medicina, da abordagem humana e de toda a beleza da profissão. São inspirações que gravamos e projetamos, tentando seguir seus caminhos. Vamos construindo a nossa prática juntando cada um dos modelos que temos, como numa colcha de retalhos.

Sentimo-nos muito impotentes como estudantes. Fracos, inseguros e sozinhos para mudar a coreografia. É triste caminhar com a sensação de que nos condicionamos tanto que chegamos a nos conformar. Talvez sejamos nós os coreógrafos no futuro, continuando os mesmos passos que nossas pernas acompanharam e que acabamos por deixar conduzir. E dentro de todo esse ensaio o que mais nos marca são as experiências em que nos encontramos com nossa intimidade e com nossos anseios, são os exemplos que queremos seguir e com os quais construímos nossa prática.



FERNANDA TOMÉ, estudante do curso de Medicina da USP de Ribeirão Preto.

NOS CORREDORES DE UMA EMERGÊNCIA

GRACIELA E. PAGLIARO

PARA CONTAR ESTA HISTÓRIA tive de pedir a autorização de Rosana Workman que já há alguns anos deixou de ser médica e se tornou educadora de uma escola antropossófica no estado de Nova York, EUA, onde vive com sua família. Vivemos juntas esta experiência e como nas poucas vezes que nos encontramos ao longo destes anos só uma vez tocamos no assunto, achei por bem ouvi-la e pedir-lhe a autorização para fazer público o que vivemos. Como verão, tivemos motivos de sobra para negar, fazer de conta que não tinha acontecido. Afinal éramos jovens, inexperientes e despreparadas para o exercício humanístico da profissão que escolhêramos.

Aconteceu em 1980, quando éramos bolsistas do Hospital Salgado Filho no Méier, na época da antiga Suseme (Superintendência de Serviços Médicos), rede que na época incluía todos os hospitais municipais da cidade do Rio de Janeiro. Trabalhar nesta rede significava ampliar os nossos conhecimentos, principalmente com relação às urgências, além da oportunidade de ganhar algum dinheiro. Ao fazer o concurso optamos por este hospital porque com o ingresso no internato (sexto ano médico) havíamos nos mudado para o Grajaú, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, para ficar mais perto do Hospital Pedro Ernesto da Uerj onde sabíamos que passaríamos a maior parte do tempo deste derradeiro ano da faculdade. O Grajaú é perto do Méier e de Vila Isabel, onde fica o hospital. Com isso, não perdíamos tempo com o transporte e

podíamos descansar mais. Entretanto é importante contar que essa mudança não carregava apenas motivações de ordem prática. A idéia de sair da casa dos pais e morarmos juntos (éramos cinco internos, incluindo Rosana) nos era por demais excitante.

Além deste contexto, quando a história se deu, eu já estava grávida do meu primeiro filho, com uns quatro ou cinco meses de gestação, o que me deixou além de mais pesada e mole, extremamente sensível e chorona.

Fazíamos plantão 12 horas de dia e 12 de noite na emergência em dias distintos, e como os pesadelos são companheiros da noite, foi num domingo à noite, lá pelas 22 horas que começou a nossa história. Estávamos como sempre muito ocupadas quando chegou um casal de velhinhos com ar transtornado. Como de costume, os internos estavam acompanhados dos auxiliares e enfermeiros, sem preceptores, na sala de emergência. Os médicos de fato estavam recolhidos vendo TV ou coisa do tipo.

Ele em pé a vinha amparando, pois ela deitada na maca fria de metal conseguia manter sinais de vida de forma muito tênue. Segundo Rosana: “Quando vimos o casal de velhinhos entrando no pronto-socorro ficamos completamente comovidas pelo carinho, uma presença espiritual neles de amor”. A mim coube recebê-los e fazer a breve história. Contou que ela era cardiopata, que tinha algumas arritmias e, por isso, Rosana se apressou para chamar o cardiologista de plantão pois sentimos que seríamos incapazes de dar conta desta situação.

Enquanto o médico não chegava, eu e Rosana nos revezávamos ao lado da senhora lhe falando todas as coisas boas que nos ocorriam, tentando acalmá-la dentro da aflição que ali estava passando. “O senhor não pode ficar aqui dentro.” O espaço da emergência era muito apertado e só era permitida a presença de acompanhantes das crianças.

A chegada do cardiologista acalmou a todos nós estudantes, auxiliares e enfermeiros que sofríamos com o semblante agoniado da nossa velhinha. Seu diagnóstico foi rápido, preciso e por ins-

tantes sentimos a segurança de que tudo se resolveria prontamente. Foi prescrito um antiarrítmico que não sou capaz de lembrar o nome, 25 mg via venosa e uma afirmação de que o caso era “mole”. A prescrição foi escrita por mim e encaminhada à auxiliar de enfermagem que era quem a executaria.

Continuamos atendendo à longa fila que se formava na porta. Como ainda acontece nos outros hospitais públicos, na maioria, eram pacientes com queixas que poderiam ser resolvidas no ambulatório e não necessariamente na emergência. Entretanto, por vários motivos é assim que a coisa se dá.

De vez em quando íamos para ver como estava a nossa velhinha. Foi numa dessas idas que nos surpreendemos com o desenlace da história. De repente lá estava ela em plena crise convulsiva seguida de uma rápida parada cardíaca irreversível. Não queríamos acreditar no que víamos. Num breve piscar de olhos a passagem da vida para a morte quando ela era menos esperada e pior, quando menos ela deveria acontecer.

É. Pouco acostumados ainda com a idéia de ter de lidar com a morte como coisa rotineira, nós ali refletíamos sobre a possibilidade de algum dia nos acostumarmos com a forma fria que víamos acontecer nesse exercício profissional. Nossos professores, mestres, preceptores diziam que sim, eu tinha as minhas dúvidas, que hoje sei fundadas. Mas como daríamos a notícia a seu fiel companheiro?

O pensamento lógico nos fazia querer saber o motivo daquele desfecho. Por que isso aconteceu? Rosana, que sempre foi muito mais ativa e atrevida na vida que eu (eu continuava que nem uma pateta, diante de seu corpo), logo descobriu que a auxiliar ao invés de aplicar os 25 mg, havia aplicado 25 ml, o que na realidade significa três vezes a dose necessária para cumprir o efeito desejado. Ou seja, a senhora tinha morrido não naturalmente, nós profissionais de saúde tínhamos intervindo no seu caso e feito com que esse desfecho se desse. Iatrogenia? Homicídio?

Minha memória neste ponto fica nebulosa e eu sei por quê. Lembro de ter querido saber quem falaria com o marido, de ter

procurado a auxiliar para dividir as dores, mais nada. Na realidade não sei quem falou com ele e não acho que tenha conseguido achar a auxiliar que a essa altura tinha sumido. Rosana lembra que o cardiologista deu a notícia e que depois viu o velhinho saindo totalmente arrasado. Ainda lembra que foi dito pelo especialista que este antiarrítmico não deveria ser dado sem a presença de um cardiologista acompanhando.

Deste trecho da história não tinha a menor lembrança. Penso que isto se justifica pelo fato de eu ter ficado muito, muito culpada com o que aconteceu. Durante muitos anos foi como se não tivesse acontecido. Entretanto, quando por algum motivo eu revivia a história era uma dor. . . Vejo que não foi fácil superar este sentimento, nem de uma hora para outra, um verdadeiro processo. Compreendo hoje que estava tomada de uma onipotência, a onipotência médica, em parte porque era assim que durante todo curso médico vínhamos sendo localizados, os médicos, os poderosos, os que têm o poder da dor e da morte nas mãos. Entretanto, também vejo presente uma jovem insegura, impotente, que avistou nessa posição uma superação de suas próprias angústias.

Fica sim por outro lado a terrível sensação de ter tido esta experiência de morte no início da vida profissional quando um início de vida pulsava forte dentro de mim. Como terá ficado a auxiliar de enfermagem? Será que ela soube o que realmente aconteceu? Fico pensando nela. . .

Nas palavras de Rosana: “Depois de tudo acontecido, lembro de ter me sentido uma marionete de um acidente, do destino, mesmo que de uma forma pequena e completamente justificada. Mas, eu senti que falhei em proteger uma luz que brilhava com amor neste mundo. Na época e muito depois, o que sentia era uma dor e uma tristeza, que com o tempo, provaram ser boas conselheiras em decisões que tomei no futuro, tecendo diferentes tonalidades da minha formação. Certamente esta experiência é uma importante contribuição para o que sou hoje”.

Divido com Rosana as fortes impressões deixadas. A experiência no Hospital Salgado Filho foi a primeira e talvez a mais importante rasteira na onipotência médica que vivi em todos estes anos. Vi de frente a morte quando se achava tê-la sob controle. A prepotência e o afastamento afetivo do médico cardiologista me indicaram o que não queria ser e aonde não queria chegar.

Hoje como profissional de saúde penso se não deveria haver espaços de trocas destas experiências nas escolas de formação, espaços que garantissem a formação dos profissionais considerando as emoções e significações que cada aluno vai fazendo à medida que vai experimentando a vida profissional a que se propõe. A formação técnica não pode ser mecanizada. Tem de considerar os sujeitos que as aplicam e os sujeitos que as recebem, suas emoções, seus diversos olhares, suas motivações.



GRACIELA E. PAGLIARO, médica homeopata e educadora popular.

A EMPATIA DO USUÁRIO

HEBRÉIA MARIA RAMOS BARBOSA DA COSTA

MINHA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA como estagiária de Serviço Social foi no Hospital Escola da UFJF. De certa forma, estava um pouco ambientada com o local, os estudantes e seus estilos, pois havia sido bolsista de extensão na biblioteca do H.U. Mas entrar na instituição como estagiária exigia outra responsabilidade. O estágio era o grande balizador da “vocação profissional”. Estava então bastante atenta com minha postura.

Apesar da alusão a certo conhecimento do ambiente, sentia-me estranha, malvinda, não recebia nenhuma atenção dos outros alunos de branco como eu (mas com outras formações), tendo de entender tantas siglas nos prontuários, nas discussões sobre o Suds. . . Mas o grande desafio que o trabalho impunha era estabelecer o contato humano, articulado à empatia, habilidade teórica e fluidez de comunicação.

Iniciamos uma pesquisa sobre a visão que o usuário tinha sobre o conceito de saúde. Queríamos entender sua percepção e se cabia então reflexões no sentido de sua ampliação. Meu primeiro entrevistado foi um homem. Ele deveria ter uns quarenta anos, pouco menos talvez. Abordei-o no corredor, apresentei-me e ele foi bastante gentil comigo. Perguntei-lhe se ele gostaria de participar da pesquisa e dada sua concordância sentamo-nos no banco do corredor. Eu me sentia apreensiva, pois estava diante de um usuário de carne e osso, isto é, de alguém que olhava nos meus

olhos, ouvia-me com respeito e de mim esperava respostas que aliviassem seu sofrimento.

Eu não tinha respostas. Só perguntas. . . As iniciais diziam respeito à compreensão do fenômeno saúde, mas as posteriores ultrapassaram o rigor teórico quando aquele usuário me revelou seu diagnóstico. Ele tinha aids e estávamos no primeiro semestre de 1988, quando a doença e a morte significavam literalmente a mesma coisa. Além de tudo eu tinha vinte e um anos e temia muito (por desconhecer e/ou desacreditar) quanto à contaminação. Saber daquele diagnóstico e “manter a postura profissional” já estava sendo difícil. Porém, o pior ainda viria quando eu tentando ser “politicamente correta” buscava formas de articular aquele sofrimento, aquela desgraça toda ao conceito de saúde. Foi como se eu quisesse minimizar para mim e para o usuário tudo o que estava a nossa volta, para fugir do medo que eu tive de ser pega pela morte.

Ele entendeu. Me acalmou. Este usuário falou com firmeza sobre a sua vida e sobre o seu fim. Disse que sua família não sabia de nada, que ele não queria que soubessem. Ele falava com consciência, enquanto eu me segurava toda para não sair gritando, chorando, repudiando a moral, os bons costumes e o sistema capitalista. Enquanto minhas lágrimas escorriam aquele usuário me revelava que tinha planos. Oriundo da zona rural planejou passar seus últimos dias numa choupana, no meio do mato, que construiria assim que tivesse alta hospitalar. Morreria ali com a natureza, escrevendo seus versos — ele declamou vários para mim —, à espera da morte. Não queria o sofrimento de seus pais e pensava ser este o melhor meio de evitá-lo. Eu lhe pedi desculpas por chorar e lhe expliquei que aquele não deveria ser o comportamento de uma assistente social perante o usuário. Ele me respondeu que aquele era o comportamento de uma pessoa ante a outra pessoa e que eu seria uma verdadeira assistente social, pois tinha sensibilidade.

Saí atônita do hospital e não sabia como contaria aquela experiência na faculdade. Não verbalizei, escrevi em relatório, o qual dediquei àquele homem, iniciando-o com um de seus poemas. Al-

guém disse que o usuário me consolou e eu não o acolhi profissionalmente. Para a professora a “falha” era natural para a situação de primeiro estágio. Tranqüilizou a todos solicitando aprofundamento teórico-técnico — como se este fosse um escudo para o profissional contra o seu “lado humano”. Jurava para mim e bradava para os colegas que jamais trabalharia em hospital. Senti-me imprópria para o campo da saúde, inábil.

Há uma década estou no Hospital Universitário Pedro Ernesto, atuo com o usuário idoso e trabalho com as finitudes — social e humana. Sou supervisora e busco perceber com os treinandos aquele grande desafio posto pela minha experiência de estágio. Trabalhar com a saúde continua sendo difícil. Nosso cotidiano, eivado de tensões, é campo de lutas. O estranhamento entre os homens de branco e suas siglas permanece, mas o enfrentamento de seus significados ampliou-se. É no conhecimento das angústias do outro que muitas vezes somos levados a perceber nossos limites e engendrar um novo caminhar. É extraordinário quando conseguimos articular os saberes sobre a saúde, sem medo da empatia mútua. Somos seres sociais em relação. Ela é ponto de partida para qualquer postura que busque compromisso com as classes subalternizadas.



HEBRÉIA MARIA RAMOS BARBOSA DA COSTA, assistente social do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

O AMOR TRANSFORMA MUITO

JULIANA SOUZA OLIVEIRA

NUNCA PENSEI EM FAZER VESTIBULAR para área de saúde e não sei o que me levou a fazê-lo. Quando dei por mim, estava lá, fazendo a seleção para o curso de nutrição. Sempre fui levada por uma voz, que nunca soube de onde ecoava. . . Em seguida, lá estava eu: acadêmica de nutrição. Mas sentia necessidade de algo que não sabia o quê. Sentia uma necessidade de sair dos muros da universidade, mas para onde? Outra vez, aquela voz, ecoava no meu ser.

Foi então que fiquei sabendo de um Projeto de Extensão que realizava visitas semanais, às casas de famílias da periferia. Na euforia não hesitei e fui com mais três colegas de turma. É interessante como importantes passos de nossa vida são dados por convite de nossa alma que nem entendemos bem. Lembro-me que os estudantes de outros cursos que já estavam no Projeto ficavam a nos dizer “será que agora vai ter uma estudante de nutrição?” Parecia que estavam nos desafiando e eu comprei o desafio. Até então, outros estudantes de nutrição tinham entrado e logo saído, pois não conseguiram vislumbrar formas de atuação em problemas nutricionais em um projeto que não tinha recursos materiais e técnicos para uma ação mais focalizada no modelo tradicional de atuação.

Um sentimento de impotência e de medo era meu companheiro. Não sabia no que poderia ajudar e tinha ainda pouco, ou quase nenhum, conhecimento técnico. Era tão inexperiente! Achava

que tinha que saber da melhor conduta e do melhor tratamento. Mas lá estava eu, todos os sábados.

Lembro-me do primeiro acompanhamento que fiz. Que desafio! Era a uma família com uma criança desnutrida. Eu, sendo estudante do curso de nutrição, fui indicada a visitá-la pelo coordenador do projeto. E fomos, eu e ele, àquela casa. Confesso que fiquei chocada com o que vi. Que visão lamentável! Na verdade, não era uma casa; era um cômodo, onde tudo se misturava, quarto, cozinha, sala e, dentro daquela situação caótica, iríamos tentar ajudar no tratamento da criança desnutrida. E foi dentro dessa situação que fomos percebendo e descobrindo a força transformadora da presença e do afeto profissional que fez aquela criança receber mais atenção de seus pais, da sua família. Nossas visitas e nossa atenção para aquela criança, muito mais do que nossos ensinamentos, deslocaram o olhar de seus pais, tão sufocados pelos problemas que acompanham a miséria, para ela. Isto ajudou muito no tratamento e em sua recuperação. E foi importante também porque se abriu um espaço para outros estudantes de nutrição fazerem parte daquele projeto. O que aconteceu naquela família mostrou para eles que era possível obter surpreendentes resultados com um acompanhamento sistemático, mesmo sem maior aparelhamento técnico e material. Hoje, o curso de nutrição é um dos que mais fornece estudantes para o Projeto.

Assim, quando dei por mim, estava envolvida na dinâmica das famílias, escutando-as, percebendo o “jogo de cintura” que tinham na luta da vida. . . Em algumas famílias era como fazer parte dela. Sempre me envolvi de forma muito intensa com as pessoas. Lembro-me que até fui convidada para batizar uma criança que acompanhava. Fiquei sabendo dos amores perdidos, das paqueras, dos relacionamentos extraconjugais e de envolvimento ilícitos. Eles não tinham nenhum pudor em contar e nem de se expor. Eles tinham confiança em mim e eu fiz tudo para nunca perdê-la. . .

Particpei de momentos felizes, tristes, de conquistas, de “aperreios” das famílias que acompanhei. Como era bom ser esperada

por aquelas pessoas! Sentia-me importante, às vezes, sem saber o porquê. Vi que era uma mania acadêmica achar que só somos bons profissionais se indicamos o melhor tratamento fisiológico. Fui vendo que tínhamos a melhor terapêutica: o ouvir e a atenção. Nosso saber técnico ia entrando também, mas seguindo os espaços de uma relação, antes de tudo, afetiva.

Sei que, em muitas vezes, encontrei a limitação como profissional de nutrição. No entanto, não encontrava limites como ser humano, pois nunca perdi a capacidade de amar. . . Às vezes, não tinha a melhor conduta para indicar, mas tinha uma palavra para dar, a escuta dos anseios, das lamentações, dos murmúrios, do franzir de testas. . . Ali aprendi a fazer o exercício da escuta. Aprendi, além de enxergar a icterícia que tinham no olho, a ver também a tristeza que traziam no olhar, como dizia o nosso coordenador. Muitos problemas não se resolviam, mas se encontrava um jeito de melhor suportá-los.

Mas muitas vezes ficava em conflito. Era inevitável. Surgiam algumas perguntas: será que é certo esse tipo de relação entre profissional e paciente? Será que não seria bom manter uma certa distância com aquelas pessoas? Mas outro questionamento aparecia: o certo é a tradição de relação fria do profissional com a população? E fui me deixando levar. . . A observação dos resultados surpreendentes daquele envolvimento mais afetivo ia me respondendo.

Hoje, vejo que quem mais ganhou fui eu. Tive a oportunidade de ver outras realidades; amadureci como profissional e como ser humano. Carrego hoje comigo estes aprendizados, são as minhas bagagens. Aquele questionamento que tinha, hoje já não existe. No mestrado que estou fazendo, tive uma disciplina chamada Fundamentos Sociais e Culturais do Processo Saúde-Doença e percebi que muito do que foi ensinado nessa disciplina eu já havia aprendido, na prática, sem ter nenhum ou muito pouco conhecimento acerca daqueles fundamentos teóricos.

Com a aproximação de minha formatura, anos depois, surgiu o momento de deixar o projeto. Como foi difícil! Despedi-me da-

quele projeto que me norteou para o caminho que hoje estou tentando seguir. Precisei me afastar daquelas pessoas que tanto contribuíram para a minha formação. . . Fui em cada casa e como foi árduo! Um pedaço de mim ia ficando em cada casa que passei nesta despedida. Quanta emoção, quantas lágrimas. Lágrimas de agradecimentos, de despedida e de saudades. . .

Aprendi, aprendi muito! Ensinaamentos que jamais tomaria conhecimento dentro dos muros da Universidade. Aprendi que o mais importante não é a precisão técnica na indicação da melhor terapêutica, do melhor tratamento e da melhor conduta. Percebi que muitos têm carências, mas principalmente de atenção, de cuidado, da presença e do afeto. É o que faz a diferença. Aprendi o poder curativo e transformador da palavra, da escuta, do zelo e do amor. E isto tem feito a diferença no caminho que hoje estou percorrendo. Apesar de muitas vezes entrar em conflito e pensar se não seria melhor ter escolhido uma outra área, a área das ciências exatas por exemplo, onde os envolvimento pessoais seriam menos intensos, as relações seriam pouco profundas e assim não precisaria me envolver e sofrer com a dinâmica de vidas das pessoas. . . Fui percebendo que podemos aprender a perder muita coisa na vida (dinheiro, amores, sonhos), mas quando se vai perdendo a saúde, você fica de frente com o lado mais frágil, mais sensível, mais vulnerável do ser humano. São situações de crise muitas vezes pesadas. Lidar com essa dimensão da vida requer um envolvimento que, muitas vezes, nos contamina com sofrimentos, angústias e dores. Mas sabe aquela voz, os chamamentos da alma? Eles me impulsionam a cursar este caminho e eu apenas os obedeco. . . Entre inquietações e dúvidas prossigo neste caminho pesado e difícil, mas carregado de emoção.



JULIANA SOUZA OLIVEIRA, nutricionista formada pela UFPB e mestranda em nutrição pela UFPE.

CONSTRUINDO UMA VISÃO COLETIVA

JUCIANY MEDEIROS ARAÚJO
MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA

ENQUANTO ACADÊMICAS de cursos diferentes, Enfermagem e Nutrição, pré-concluinte e concluinte, participantes do Projeto de Extensão Educação Popular e Atenção à Saúde da Família em uma favela de João Pessoa, cuja interdisciplinaridade é um dos pontos-chave para que seus objetivos sejam alcançados, não poderíamos deixar de expressar os nossos sentimentos e satisfação de poder trabalhar em equipe, respeitando a singularidade e especificidade de cada uma.

Não seria em um corredor de uma universidade centrada nas divisões (departamentalização) que iríamos nos encontrar e sim em uma comunidade localizada na periferia da cidade em que moramos. Como a enfermagem poderia se cruzar com a nutrição? Ser amigas pode ser, mas trabalhar em conjunto para um mesmo fim seria possível?

Nunca imaginávamos que participar de um projeto de extensão mudaria tanto a nossa “rotina” de vida universitária. Podemos, até mesmo, dividir nossas atividades acadêmicas em dois momentos: antes e depois de entrar no projeto. Antes, pensávamos que a extensão seria a oportunidade de pôr em prática o que aprendemos teoricamente. Entretanto, em nenhum momento imaginamos que aquelas atividades iriam nos tocar profundamente, passando a ter um novo olhar sobre o que a universidade nos oferecia (salas de aulas, professores e biblioteca). Aprendemos a aprender. Colocamos os óculos e começamos a enxergar a realidade que nos cer-

cava. Estar ali não era apenas para ter um diploma. Saímos então daquele mundo (universidade) e nos transportamos para um outro que também era uma extensão da universidade, mas ali não havia salas de aula, nem professores nos ensinando, os colegas não eram estudantes de enfermagem ou de nutrição, eram estudantes de vários cursos de saúde que comungavam o mesmo espaço somando conhecimentos, que muitas vezes não sabíamos que tínhamos. Aprendemos a trabalhar em equipe. Aliás, pudemos entender o significado da palavra *equipe*, passando a valorizar mais as pessoas.

Será que, se tivéssemos ficado dentro da sala de aula, distintas é claro, pois fazemos cursos diferentes, estaríamos escrevendo esse texto juntas? Seríamos sensibilizadas a trabalhar em equipe ou simplesmente encaminharíamos o usuário aos diversos profissionais sem comunicação alguma? É um Projeto como esse que muda significativamente nossa visão e interpretação do mundo e nos faz entender que somos “profissionais da saúde”. Caminhar nos corredores da universidade, hoje, é poder encontrar pessoas de cursos diferentes com uma visão diferenciada, pautada no coletivo e voltada para o trabalho transdisciplinar.



JUCIANY MEDEIROS ARAÚJO, nutricionista

MAURA VANESSA SILVA SOBREIRA, pré-concluinte de Enfermagem na UFPB.

CANÇÕES DIVINAS

LEDA MARIA FONSECA BAZZO

DEPOIS DA SUBIDA ÍNGREME na ladeira recentemente asfaltada pelo político, pra fazê do cimento voto quase cabresto garantido ao coroné, chega-se ao povo humilde da periferia.

Anda-se em linha reta duzentos metros, adentra-se na vielazinha envergando o corpo para a direita, esquerda e direita novamente, como num tobogã gigante, banhado a odores de urina, os mais evidentes. Dia de sol escaldante, daqueles que só Salvador sabe fazer. A luz ofusca as crianças brincando peladas e os jovens de cochicho no canto esquerdo do bar. As moçoilas desfilam sensualidade quebrando as cadeiras nos seus andares pelas ruas. É em meio a esta gente que a menina, cega ao cenário em redor, arrisca mais uma vez a pergunta ao agente de saúde: “falta muito?”. . . Sem se comover com o seu cansaço, o simpático agente, mas não de muito papo, responde: “não. . . é logo ali”.

A pobre estudante que nunca tinha subido ladeira acima, estranha à paisagem da cidade em que nasceu, pergunta-se agora por que a professora malvada a faz ir a esses lugares escusos.

Depois de longa jornada, finalmente chega-se à tão esperada casa de D. Luzia, que recebe o agente e a estudante com uma forma adaptada de sorrir, como se quisesse esconder os dentes, que não tem, amordaça fortemente os lábios, erguendo a rima e fechando um pouquinho os olhos. Foi assim a recepção calorosa e criativa daquela sábia senhora, sem contar os abraços des-

pendidos à recém-doutorzinha, que lhe dava a honra da nobre visita.

Logo de cara, como manda o figurino, quero dizer, como está no protocolo de avaliação, a estudante, sem muitos rodeios, pergunta à D. Luzia se ela sabe quem é o profissional de saúde fonoaudiólogo.

D. Luzia, como não é boba nem nada, ciente da visita, passa a semana toda pesquisando com as vizinhas, para saber quem é o tal do fonoaudiólogo. Então, discursa eruditamente que o fonoaudiólogo é a pessoa que cuida das crianças e ajuda as pessoas a falarem melhor. Dito isso, a estudante relaxa, como quem dispensasse outra apresentação, já percebe que D. Luzia tinha voz rouca de grau 2, características de soprosidade também de grau 2 e aspereza de grau 1. Faz suas anotações e prossegue investigando, além do já achado, alguns outros indícios. . . Pergunta:

— A senhora tem dificuldades para mastigar? Nesse quesito a pergunta foi óbvia, porém não a resposta. Dona Luzia, sem um dente sequer, e mesmo sem fazer uso de qualquer objeto que reparasse estética ou funcionalmente aquela arcada nua, curiosamente responde:

— Não, minha finha, eu como muito bem e de tudo. . . e não tenho pobrema nunhum pra mastigá.

A essa altura já se encontra à vontade com a doutora e o que antes era escondido à chave de ouro pode agora ser revelado sem constrangimento. Dona Luzia sorri livremente sem fechar os lábios e olhos e avança na intimidade.

Confessa, num sentido suspiro, que seu problema mesmo é de gases. Em unísono, deixa escapar um estranho barulho, ao mesmo tempo em que levanta sutilmente a perna direita exibindo o seu gracioso *Tendu*.

A doutorzinha fica vermelha. Dona Luzia gargalha sem falso pudor. Apenas se justifica, para não passar por deselegante, dizendo que era melhor soltar, que o peido guardado faz mal para o intestino, dando uma completa aula de anatomia. Acrescenta di-

zendo que se escondesse o peido, ele sairia baixinho e esses, apesar de mais discretos, costumam ser fedidos e portanto, escatológicos. Enche os pulmões de ar e continua sua narração. Estreando seu mais recente monólogo, diz que, como não sabia solucionar este problema, resolveu fazer algumas músicas, inspiradas por cada som que chega.

Revela que o peido agora é obra divina de Deus, inspirando-a na composição das mais diversas canções. Desse modo, também não quer mais resolver este problema, pois o peido passou a ser, para ela, uma fonte de repentinas poesias.

A mandíbula da estudante vai caindo um pouco mais, evidenciando sua indignação. Mas D. Luzia, que não se intimida com caretas de anjo, continua sem rodeios. Conta que começou a construir frases com a dança que consegue dar o contorno exato de seus gases e diz que o único inconveniente é ser mal-interpretada pelos outros, passando por indecente, pornográfica ou coisa que o valha.

A estudante decepcionada se rebela com o estranho rumo da visita e, como se tentasse a última cartada antes da evidente derrota, empenha-se em seu mais veemente argumento, para convencer D. Luzia de seu problema de Voz. Dona Luzia finge nem escutar. . . Então, a estudante começa a ficar preocupada: como dirá o que aconteceu para a professora? Será que ela iria acreditar naquela história? Como escrever esse relatório? Além disso, qual seria sua nota final na disciplina?

Como já se fazia tarde, Luzia — já podemos chamá-la assim — acompanha o simpático agente e a futura doutora, cantarolando e peidando uma canção no trajeto. Em agradecimento à ilustre visita, a arteira senhora não resiste e conta o seu mais novo segredo. Sussurra ao pé do ouvido da doutora: “sabe aqueles nomi tudinho que cê falô aí ô. . .ôô da minha Voiz?” A estudante faz gesto afirmativo com a cabeça, cruzando olhares. . . “uso eles tudu nas musicas, né”?

A partir daí, os olhos da doutora crescem, suas pupilas parecem mais dilatadas que normalmente e, sem pestanejar, a humilde

estudante de fonoaudiologia, mesmo não sabendo como justificar para a professora, agenda uma próxima visita à misteriosa compositora.

Leda organizou esta história a partir do relato de estagiárias de fonoaudiologia que acompanha. A vida real assusta os estudantes. As classes populares mostram com facilidade suas inusitadas peculiaridades e precariedades, quebrando os esquemas e planejamentos prévios. Do que parece, à primeira vista, ser apenas o caos, surgem caminhos imprevistos de diálogo. Neste caso, D. Luzia se ligou às palavras técnicas da estudante por sua beleza sonora, apropriadas para a composição de suas músicas. A intuição da estudante percebeu este gancho e agendou uma próxima visita. A formação universitária puramente técnica não conseguiu matar totalmente a valorização de sua intuição. Foi a salvação deste encontro.

Tudo isto aconteceu porque o encontro foi na casa de D. Luzia, onde ela se sentiu à vontade para se revelar e quebrar a condução tecnicista e previamente amarrada da entrevista. Se fosse dentro de um grande serviço de saúde, a entrevista seria realizada dentro do molde planejado, parecendo que a realidade se enquadra totalmente dentro dos esquemas técnicos. Na comunidade, a rebelião foi possível.

O espanto pode ser o início da reflexão crítica.

— EYMARD



LEDA MARIA FONSECA BAZZO, professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA), coordenadora do Estágio Fonoaudiológico na Saúde Coletiva.

ESCOLA MÉDICA

LIA HAIKAL FROTA

“A minha escola não tem personagem
a minha escola tem gente de verdade.”

— LEGIÃO URBANA

OMEU HOSPITAL UNIVERSITÁRIO tem gente de verdade. Mas, ao entrar na enfermaria para mais uma aula prática, o que vejo é todos a postos, alunos, professores e pacientes, acabando de acertar os últimos detalhes na coxia para entrarmos em cena. E que cena! . . . Um teatrão da maior categoria, marcações, falas, deixas, entradas e saídas num *timing* perfeito. Abro um livro marrom-escuro, velho, groooooosso, hiperempoeirado, e está lá:

Cena 4321

Enfermaria de um hospital universitário

Um homem de meia-idade, grisalho, vestindo um jaleco branco engomado, entra com ar decidido na sala e se dirige a um paciente de dezoito anos sentado no leito. Seguindo o homem vem um séqüito de vinte e dois jovens igualmente num jaleco branco, mãos no bolso ou cruzadas nas costas, olhar perdido, pouco à vontade.

Professor (se dirigindo ao paciente): Então, o que você está sentindo?

Paciente (assombrado ao ver vinte e duas pessoas debruçadas sobre sua cama, fala baixinho): Comecei a ter febre, tossir muito, catarro, e aí foi me dando uma falta de ar, palpitação. . .

Professor (se dirigindo a um aluno, mudando completamente o tom de voz):

Você, doutor! O que acharia importante perguntar sobre a história desse paciente?

Aluno (hesitando um pouco, embora querendo impressionar): Perguntaria se ele já teve alguma doença anterior importante. . .

Professor se dirige ao paciente, volta ao tom de voz anterior e repete a pergunta do aluno.

Paciente: Eu tive febre reumática. . . (e é atropelado pela expressão de glória do professor, que aponta para os alunos com olhar brilhante e gestos firmes).

Professor (apontando para outro aluno, diz em tom desafiador): E você, doutora? Que exames pediria para esse paciente?

Aluna: Um RX de tórax? Um ECO. . .

Professor: E o que esperaria encontrar? (aluna não responde e ele rapidamente aponta para outro aluno)

Aluno: um infiltrado em base pulmonar?

Professor (em tom incisivo): Isso pode ser uma pneumonia precipitando uma insuficiência cardíaca. Isso pode ser uma tuberculose. Que mais? Que mais?

(o paciente está cada vez mais assombrado)

Professor (palpando o pulso radial do paciente): Estão vendo?! Está taquicárdico!

(se afasta do leito)

E o ECG? Como estaria o ECG? Quais as complicações que ele pode sofrer?

Vejam este RX! O que estão vendo aqui?

E se for uma pneumonia, qual o agente etiológico mais comum? E a antibioticoterapia de escolha? E o esquema RHZ, você! Como se faz? Rápido! Diga-me dez efeitos colaterais da isoniazida!

(a luz se concentra no professor, que fala e gesticula com vigor, circundado pelos alunos, de olhar perdido e frases curtas e incertas, enquanto, ao fundo, a luz sobre o paciente vai se apagando e ele logo deixa de existir).

.....
Será que eles também leram esse livro? Engraçado é que não tem na biblioteca da faculdade. . .

E eu, que lamentava tanto não estar mais próxima do teatro, buscando freneticamente os palhaços da pediatria, me vejo soterrada num espetáculo circense! Nossa, a escola de medicina, é, enfim, uma grande formadora de atores! Vejam só! Mas, pois é. . . Estranho, né? Isso não me dá nenhum conforto, pelo contrário. . . Dá é vontade de sair correndo atrás de um grupo mambembe, que, cá entre nós, teatro por teatro eu sou mais o teatro de rua, declarado, onde hoje eu posso ser aquele que diz sim, e amanhã, aquele que diz não. Onde o jogo é limpo, a brincadeira é gostosa (mesmo quando dói — e teatro dói muito — porque estão lá, segurando a gente, o amor, nossos companheiros de cena, os deuses do teatro, tudo. . .) Mas na enfermaria o cheiro de álcool se mistura ao de engodo. Um jogo teatral desonesto, enrustido, mascarado de ciência. Um jogo que não transforma, mas nutre e perpetua o velho e mofado *habitus* médico. Que legitima uma prática médica de jogo de detetive, banco imobiliário, sei lá! Quem acertar mais, leva mais fama e dinheiro! E o paciente, depois de não poder mais colaborar para a busca que se encerra em si mesma, deixa de existir, vira uma mosquinha e sai voando pela janela. Acho que foi Nietzsche que disse que a arte existe para que a verdade não nos destrua. E é bem

por aí. . . Vamos fazer da nossa medicina um falso-teatro, porque olhar de verdade o que está ali vai doer muito. Ver o que realmente está em jogo vai me desestruturar. Enxergar a miséria, o mau cheiro, a doença, o sofrimento. . .

Fui ver o filme *Dogville* e senti um vazio na alma imenso (na verdade senti tanta coisa!), e ao sair do cinema me baixou uma louca imperiosa que me mandava ir ao hospital. Fui, era sábado à noite, o hospital vazio, e eu com a impressão de que, após ter aberto aquela porta diariamente por três anos, finalmente passaria por ela e entraria ali pela primeira vez. Fui até a enfermaria da pediatria e na sala de tevê encontrei duas meninas fofas que brincavam de desenhar e adivinhar o desenho da outra. Fui me chegando, elas me incluíram na brincadeira, e assim fomos noite adentro, elas superanimadas esperando começar o *Zorra Total*, uma delas já nem sabia mais há quanto tempo estava ali, o que é isso? Uma maçã? Ah, é um menino! Não, uma jaca!! Saí de lá quase meia-noite, e, esperando o ônibus pra casa, num lugar ermo, escuro, pensava o quanto aquilo tudo era diferente durante o dia, o cenário de grande parte das nossas vidas, entrando, saindo, procurando nota, respondendo pergunta. . . Chegando às oito e saindo às cinco. Completamente alheios aos dramas que ali se desenrolam, ao outro mundo dimensional que ali existe, e se espalha, e vive!

Gente... como nos colocamos tantas vezes na frente do paciente sem sequer enxergar nada! Por que é tão difícil? Será o hospital, o peso institucional que deforma as pessoas e as relações? Será nossa rotina de gado, o massacre da sala de aula, a impessoalidade da prática, nosso egoísmo? Talvez tudo junto. É, acho que é a crise do quarto ano. Já tinha ouvido falar de alguns surtos epidêmicos. . . Talvez dez dias de penicilina cristalina e eu saró. :)



TATEANDO OS MISTÉRIOS DA MORTE

LIA HAIKAL FROTA

QUANDO EU ESTAVA no primeiro ano médico, passando pela anatomia, pensava se minha crise não era uma justificativa para a preguiça de estudar. Mas não era. Havia feito um curso de anatomia e dissecação no ensino médio e tinha adorado!! Já o que “aprendia” na faculdade era esquecido em cinco minutos, como se, inconscientemente, eu fizesse questão de esquecer. Tudo ali me era esquisito e indigesto, o clima, o pânico das provas, os joguinhos de poder de alguns professores e monitores, a morte negligenciada, tudo isso se juntava ao formol e me nauseava. Decididamente, eu não queria levar aquilo pra casa. Melhor era deixar por lá mesmo.

Uma das cenas mais grotescas que já vi me aconteceu na época da dissecação. Primeiro, dissecávamos membros superiores para depois pegarmos os inferiores. O meu grupo, na primeira etapa, tinha ficado com o cadáver de uma mulher obesa, o que nos fez ter de dissecar muita gordura antes de ver bem os vasos, nervos e músculos. Então, no dia da divisão das pernas (olhem só!) abri a porta do anatômico e vi: uma mesa lotada de pernas empilhadas e as pessoas correndo loucamente em direção a ela para pegar uma perna “boa”. E dentre elas, uma amiga minha, que lutava bravamente para não ficar com a perna gorda. Ninguém queria a perna gorda.

• • • • •
Mas o grande barato da vida são suas múltiplas facetas. Foi também na anatomia que tive uma aula muito especial. Um pro-

fessor, que quase não dava aula pra nossa turma, resolveu contar algumas experiências suas. Falou sobre uma paciente com um câncer metastático que deixou ele desesperado, tentava de tudo, não tinha mais o que fazer e não aceitava a “derrota”. Até que um dia ela o chamou no leito e lhe disse que havia sonhado que um anjo dizia que ela ia morrer. E que estava tudo bem, ela já sabia e estava serena. Que ele não se entristecesse com isso.

Então ele nos contou também que certa vez estava acompanhando um paciente do hospital, e um dia chegou na enfermaria e ele estava muito mal, dava pra sentir que a morte já rondava pertinho. Resolveu, assim, ficar ali ao lado dele a noite toda, o hospital quietinho (todo mundo já tinha batido o ponto), esperando com ele a morte.

Essa aula eu quis levar pra casa, e a trago comigo até hoje.

Assim foi meu encontro com a anatomia: um furacão onde encantamento e repúdio bailavam juntos, um beco de esquina onde minha fome de vida tropeçou num corpo oco. Lá estava eu, maravilhada em poder abrir e fuçar cada pedacinho do corpo humano, e ao mesmo tempo perplexa em me dar conta de que aquele corpo era mesmo de um homem. Provavelmente de um mendigo, me diziam. Um ninguém que nem a morte fora capaz de libertar da marginalidade. “Tão frágil a integridade da vida, e tão complexa. Mas tão menosprezada”, era o que pensava entre a piada de um colega e o choro desesperado de outro. A morte era nossa ilustre desconhecida. Nada se falava sobre ela, mas poucos se aventuravam a estudar sozinhos no anatômico, havendo mesmo quem chegasse a ver coisas.

Vida é mistério que pulsa, mesmo em morte. E mistério como esse não se consegue trancar dentro do armário. Ainda bem.



A VISITANTE

LIA HAIKAL FROTA

ELA VINHA TODOS OS DIAS.

Sentava-se no canto da enfermaria e punha-se imóvel. Nem uma piscadela, um sorriso, uma pergunta. Nada.

Os mais familiarizados com o hospital, parecendo de certo modo compreender o que ali se desenrolava, nem tentavam inqui-ri-la. Continuavam seus afazeres, de um lado para o outro, sem sequer demonstrarem estar a par de sua impassível presença. Não obstante, mantinham permanentemente aquela cadeira bem no canto da sala, destoando da disposição do restante dos objetos.

Ela vinha, e ficava. Passados alguns instantes, assim como chegara, partia. Sem dizer palavra, nem alterar o olhar. Simplesmente ia.

No começo, isso tudo me incomodava muito. Mas com o tempo aprendi a observá-la sem pressa e sem julgamento. Consegui identificar seus cheiros, suas cores e seu movimento. Espreitava-a de longe, temendo perturbá-la e, ao mesmo tempo, instigada por seu caráter misterioso.

Um dia ela olhou para mim. E eu a reconheci.

Foi durante um estágio na maternidade, no terceiro ano do curso médico.

Cheguei para o plantão de sábado à noite, como de costume, e ela já me esperava no berçário. Ainda sentada em sua cadeira, olhou para mim através dos olhos de uma criaturinha mal saída do ventre de sua mãe. Um bebê — lindo, fresco e frágil como vida

que brota da seca. Não teria jeito. Ao levantar-se de sua cadeira e partir, na manhã seguinte, indiferente aos múltiplos esforços da equipe médica e ao desespero da mãe, levou consigo o último rastro de vida contido naquela criança.

Foi então que percebi que, a cada vez que ela partia, não o fazia sem levar consigo uma parte de nós.

Uma lágrima, um dedo, um sonho, um pedaço do coração, uma história, um braço. Ela nunca saía de mãos vazias.

Passei a ver também que as pessoas que recebiam sua visita muitas vezes percebiam sua presença de alguma forma, algumas chegando mesmo a convidá-la a entrar.

Como o Seu Manuel, que um certo dia na enfermaria confidenciou-nos ao pé do ouvido: “Eu vou subir, subir pro lugar de onde eu vim. Quero ir embora”.

Ninguém escutou, afinal Seu Manuel estava desorientado. Mas, em algumas horas, entrou ele em coma e ela no canto da sala.

Vi-o subir por dois dias, chegando lá em cima numa manhã ordinária e deixando pra mim a visão de um leito vazio.

Lá, ela já não estava.

E eu a temi, a maldisse e a neguei, até finalmente conseguir enxergar sua beleza.

Sua beleza torta. Sua paz triste. Seu sentido oculto.

Conviver com suas idas e vindas é ainda uma relação de estranhamento, e quiçá será sempre. Mas cada novo encontro com ela é também um encontro com a magia da vida, e embora façamos de tudo para evitar sua visita (às vezes conseguimos), aprendemos, principalmente, a respeitá-la.

E à sua cadeira, no canto da sala.



UM ALMOÇO ESPECIAL

LUCIANO BEZERRA GOMES

QUANDO ESTAVA INICIANDO o último ano de meu curso de graduação em medicina, momento em que os estudantes estão no internato e pouco tempo dedicam a atividades que não sejam vinculadas às práticas hospitalares, resolvi participar de um projeto de extensão que se caracterizava por estágios em áreas de assentamentos rurais. Nos assentamentos, não iríamos realizar atendimentos clínicos, fazer triagem, atuar com a equipe do posto de saúde, aplicar questionários para inquéritos epidemiológicos ou qualquer prática que normalmente os profissionais da saúde desenvolvem nas comunidades.

A proposta do estágio era que pudéssemos acompanhar as comunidades tentando assimilar a maneira de explicar suas realidades sob a ótica das pessoas que lá moravam. Não buscávamos trazer aspectos que eles não conheciam e nós dominávamos, mas atuar como agentes externos potencializadores das práticas que eles mesmos já desenvolviam. Foram muitos os aprendizados que adquirimos durante o ano de vivência nos assentamentos onde eu e meus companheiros de projeto trabalhamos.¹ Uma delas, entretanto, me marcou em especial.

Numa tarde de sábado, quando terminava uma reunião da associação dos moradores do assentamento da qual participava, uma

¹ Um relato mais amplo e detalhado desta experiência e da metodologia desenvolvida neste projeto pode ser encontrado no livro: *Um novo começo*, organizado por Emmanuel Fernandes Falcão. João Pessoa: Editora Universitária-Agemte, 2003, 94 pp.

pessoa me perguntou se eu poderia almoçar com sua família no dia seguinte. Aceitei o convite imediatamente. Quando, no domingo, estou chegando para almoçar em sua casa, deparo-me com um lar repleto de crianças, quase todas com aspectos de desnutrição, mas que pareciam felizes, a correr e gritar, como qualquer criança. Fui apresentado aos adultos da casa e me levaram à mesa.

Como qualquer estudante que mora sozinho, não rejeitava nenhum tipo de alimento; apenas um nunca me foi apetitoso, pelo contrário, me trouxe enjôo todas as vezes que tentei comê-lo: mocotó, pata de bovino sem o casco, cozida. Pois neste dia, na mesa, havia apenas mocotó e macaxeira (também conhecida por mandioca, em algumas regiões).

Era uma ocasião especial em que aquela família me convidava para almoçar e eu me encontrava diante da única comida que não suportava. Sentei à mesa e coloquei um mocotó no prato e tentei aparentar satisfação ao engolir o primeiro pedaço sem que o vomitasse. A macaxeira foi minha aliada para engolir aquela mistura de gordura e ligamentos cozidos.

Poderia ter sido uma das minhas piores refeições, não fosse o fato de que as pessoas daquela família eram muito maiores do que o que estava nas suas panelas; eu teria rejeitado a alimentação, se não soubesse que aquela era o que aqueles trabalhadores poderiam me oferecer de melhor para comer; teria agradecido e me limitado à macaxeira, se não tivesse percebido o valor que tinha para todos eles a minha presença, compartilhando a alegria de ter onde morar e trabalhar, de se sentirem vivos, mesmo diante daquela situação de extrema miséria econômica.

Um amigo, professor do curso de nutrição, me disse que era muito mais fácil uma pessoa mudar de corrente política ou de opção religiosa, do que modificar um hábito alimentar. Não por acaso, aquela simples refeição representou uma das maiores experiências que vivenciei em todo um ano de trabalho. Tive de controlar minhas sensações e reações físicas e emocionais, não para ser aceito em círculos acadêmicos ou sociais, para pleitear um cargo ou

barganhar benefícios pessoais. Foi para dividir a mesa com aquelas pessoas. Este espaço permitiu adentrar na dinâmica de uma família como nunca poderia de dentro de um consultório ou nos corredores de uma enfermaria. E o melhor, como um parceiro na caminhada.

Poder sentar como qualquer um da família, conversar sobre o tempo, relembrar as tardes chuvosas da infância, contar de um banho no rio em que sofri um corte, ouvir de como as coisas estão melhorando ou piorando; enfim, conhecer os sonhos daquelas pessoas e expor os meus, isto me permitiu construir novos parâmetros.

Nos hospitais e centros de saúde, nas usinas, nas esquinas, nos semáforos, nas ruas das favelas, sempre estaremos nos deparando com pessoas quase depostas de suas condições humanas. Sei, entretanto, de como elas têm sonhos como todos nós, têm prazer, têm humor, têm saber, têm orgulho, têm esperanças, têm vida.

Não me tornei o maior admirador de mocotó que conheço, mas, naquela casa, com aqueles trabalhadores rurais que lutaram para ter direito à terra de onde tiravam seus sustentos, aprendi que somos muito mais que aquilo que possuímos; que somos maiores até do que nossos sonhos; que somos, ou pelo menos podemos tentar ser, sempre, humanos.



LUCIANO BEZERRA GOMES, médico recentemente formado na UFPB.

UMA PERCEPÇÃO SOBRE A CIDADANIA

LUCIANO BEZERRA GOMES

MUITAS FORAM AS OCASIÕES em que me deparei, ao longo do curso de graduação em medicina, com resquícios materiais do que foram seres humanos. Já nos primeiros anos do curso, sedento por conhecer e poder intervir sobre a dinâmica da vida das pessoas, tive de me debruçar sobre peças anatómicas, termo que descontextualiza a origem biológica e social daqueles fragmentos que aprendemos a analisar.

É nas aulas de anatomia, como são estruturadas na maioria (se não todas) das universidades brasileiras, que somos treinados a ver o outro como objeto desprovido de identidade e passamos a trabalhar sobre ele e não com ele. Este é o momento em que assimilamos a atuação sem a reflexão sobre características fundamentais dos seres humanos, como a alteridade e a luta por autonomia. Assim se desenvolve o olhar que lançamos quando somos expostos a pessoas que respiram em ambulatórios e enfermarias. Alguns anos depois, já na disciplina de medicina legal e deontologia, voltamos aos cadáveres para entender e esclarecer questões relacionadas à causa de seu falecimento e, neste momento, o distanciamento é maior que nas experiências iniciais.

Em uma das idas à aula no instituto de medicina legal, entretanto, da janela do ônibus pude ver pessoas em torno de um corpo estendido no chão. Esta situação, não num laboratório de anatomia ou necrotério, me despertou. Pensei em como os estudantes de medicina (inclusive eu) sentiam e compreendiam suas posturas

diante daqueles seres humanos que nos eram ofertados para estudo. Não procurei na memória aqueles textos em homenagem ao cadáver que sempre constam nos convites de formatura, mas tentei captar o olhar que lançávamos para aquelas peças e escrevi este poema.

Cidadania

Um corpo no chão
Sangue estagnado nos vasos
Células em autólise
Tecidos se destruindo
Resultando em um corpo no chão

Uma lona cobre o corpo no chão
O espaço em volta delimitado
A calçada interditada
Os ambulantes são desviados
Por um corpo anônimo no chão

Um velho calção do flamengo e uma camisa cinzenta são
tudo que o envolvem

Os únicos pertences
Sua herança para a humanidade

Ninguém há que o reclame
Que vele sua partida
E acomode seus restos mortais

Terá amado alguma vez?
Alguém lhe foi importante?
Terá procriado?
Quais foram suas paixões?
Em que ele acreditava?

Por quem ele chorou?
Que esperava da vida?
Que sonhos nutria?

Não importa mais
Para todos, ele teve sua vida
E a levou de modo inútil

Talvez a sociedade, nobremente
Tenha a benevolência de perdoá-lo
Anistiá-lo na morte
Transformá-lo num cidadão
Entregando-o a um importante grupo
De imaturos futuros ilustres médicos
Para ser desentranhado e analisado
Como um corpo em decomposição



Não há aqui nada que me agrade neste texto. Não me sinto confortável quando o leio. Não espero que comova ninguém. Ele apenas me faz pensar sobre como lidamos com os que estão vivos à nossa volta e qual é o olhar que lançamos para eles; sobre que prática estamos nos preparando para desenvolver como profissionais da saúde; sobre que modelos de sociedade e de participação cidadã estamos ajudando a construir.



LUCIANO BEZERRA GOMES, médico recentemente formado na UFPB.

UMA VISÃO POPULAR SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE

LUCIANO BEZERRA GOMES

DURANTE O PRIMEIRO ANO da residência em medicina preventiva e social, tive a oportunidade de atuar como médico do Programa Saúde da Família (PSF), em um estágio para sentir na pele a realidade dos profissionais dos serviços de atenção básica. O município de Pedras de Fogo foi o campo desta atuação, em virtude da disponibilidade de vaga e por ser reconhecido como uma das melhores gestões da atenção básica da Paraíba.

Fui, por três meses, médico da unidade de saúde da família de um dos bairros mais pobres do município. Este bairro surgiu e cresceu, ao longo dos anos, em virtude da ocupação progressiva de terrenos abandonados e é morada de muitos trabalhadores rurais diaristas, com uma proporção de desemprego enorme. A grande maioria das ruas não é pavimentada e não apresenta infra-estrutura de saneamento adequado; o número de anos de escolaridade formal da população é, em média, muito baixo.

A equipe do PSF já trabalhava há alguns anos no bairro, mas quando aí cheguei estava há semanas sem médico. A situação gerou uma demanda reprimida por consultas médicas que sobrecarregou bastante meu tempo no consultório. Ficava difícil organizar agenda que contemplasse atividades coletivas enquanto muitas pessoas necessitavam de acompanhamento individual com certa urgência.

Ao final dos três meses, após um aprendizado único e ter construído laços de respeito e amizade com a população e a equipe de

saúde, não pude, entretanto, desenvolver o trabalho educativo como desejava, da forma que aprendera nos projetos de extensão nas comunidades onde havia trabalhado. Resolvi, então, que a última atividade que realizaria seria uma reunião com o grupo de idosos do bairro, pois me apeguei especialmente a eles e os havia encontrado apenas uma vez em grupo.

Quando me dirigia ao colégio onde ocorreria a reunião, imaginava como seria a conversa. Pensei em quantas vezes aquelas pessoas já haviam se reunido para alguém de branco lhes dizer o que, quanto e como comer, beber, fumar, dormir, viver. Ao entrar na sala, me dirigi a eles dizendo que iria apenas ouvi-los, porque tinha vindo para aprender. Retirei o jaleco e sentei-me junto às poucas dezenas de pessoas que ali estavam, iniciando um diálogo.

Disse que havia sido treinado para identificar e medicalizar situações de doença, e queria que eles me ensinassem o que era saúde. A situação inusitada, eles ensinando ao médico, inibiu algumas pessoas inicialmente. A primeira que quebrou o gelo disse que, para ela, saúde era quando não estava doente e não precisava ir ao posto de saúde em busca de atendimento. Outra disse que saúde era quando tinha condições de se alimentar bem e de ver que tinha forças para o trabalho do cotidiano. Uma disse que saúde era quando via os filhos e netos tendo condições de estudar e crescer e as relações na família estavam bem. Houve quem dissesse que sentia que tinha saúde quando sobrava um pouco do que tinha para si e podia ajudar um amigo mais necessitado. Uma senhora disse que concordava com os amigos que a antecederam mas ela só se sentia saudável quando estava bem o suficiente para sair de sua casa e levar a palavra de Deus para uma pessoa que estava passando por uma fase difícil de sua vida. Por fim, teve quem defendesse que todo aquele bairro era uma comunidade e que sua saúde estava vinculada à de todos, dizendo que somente se a comunidade tivesse uma melhoria para todos é que ela acreditaria que teria realmente saúde.

Resolvi perguntar se eles, que acabaram de definir saúde, acreditavam que a tinham. Instalou-se um momento de inúmeras re-

clamações e revoltas diante da situação em que viviam. Instiguei uma reflexão sobre como, então, eles poderiam buscar melhores condições de saúde para a comunidade. Vieram falas de antigas lideranças da associação de moradores quanto ao histórico imobilismo da população, à manipulação política e à dificuldade de idosos tomarem a frente de tão grande luta. Entretanto, recordaram da existência de um projeto de saneamento para o bairro que, por algum motivo, encontrava-se engavetado e que, se eles procurassem sensibilizar outros e o apoio de filhos e netos, poderiam fazer um movimento em defesa do bairro. Saíram com o encaminhamento da realização de um abaixo-assinado e, se necessária, a tentativa de marcar uma reunião extraordinária da câmara dos vereadores para discutir suas reivindicações.

Neste dia, constatei que aquilo que acreditamos ser um conceito amplo de saúde que grandes teóricos conseguiram sintetizar como estado de completo bem-estar físico, mental e social é restrito diante da riqueza e complexidade de uma população idosa, explorada e empobrecida econômica e socialmente. Algo que eu poderia ter dito e eles terem apenas balançado a cabeça concordando mecanicamente transformou-se em uma construção coletiva, uma reflexão forjada por suas próprias experiências, algo consistente.

Não sei como evoluíram as discussões após aquele momento. Como disse, aquele era meu último dia de trabalho naquela comunidade. Entretanto, pelo menos dois aprendizados assimilei daquele momento: os profissionais de saúde têm uma imensa capacidade para mobilizar a população que vem sendo historicamente esquecida; e por mais que acreditemos saber o que é melhor para pessoas de determinada comunidade, eles têm suas interpretações sobre a realidade em que vivem e suas conclusões têm muito mais validade que nossas possíveis explicações técnicas ou políticas.



ENTRE BENTOS, ANJOS E LOUCOS

MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS

SEMPRE PROCUREI UMA PROFISSÃO capaz de aglutinar pessoas na construção de um mundo com menos injustiças. Achei que a encontraria na medicina. Porém tive uma grande frustração, no início do curso, ao me deparar com uma estrutura pedagógica, onde aulas eram ditadas pelo professor e decoradas pelos alunos. No meu imaginário, o ambiente universitário deveria ser rico em rodas de discussões e aprendizados mediados pela prática. Foi quando entrei em um projeto de extensão de acompanhamento à saúde de famílias em uma favela de João Pessoa, buscando, no contato com a comunidade, um aprendizado mais humano e ativo do que o monologado dentro das salas de aula da universidade.

O Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família é formado por estudantes de todos os cursos da área de saúde que, na prática da interdisciplinaridade, se compõem em duplas de cursos diferentes para visitarem famílias da Comunidade Maria de Nazaré.

Hesitei, inicialmente, em entrar, logo no primeiro período do curso, no projeto, pois julgava que minha participação só seria proveitosa, para mim e para a comunidade, uma vez que eu já dispusesse de algum conhecimento da técnica médica. Mas, após visitar algumas casas, notei que, ao estar com o coração e os ouvidos abertos às queixas e histórias de vida das pessoas, tão sofridas e batalhadoras, possibilitava, à medida que se estreitavam os laços de afetividade e amizade, uma terapêutica do diálogo e do cuidado.

Entre as casas que eu visitava, a que mais me impressionava era um casebre que ficava ao lado da Associação Comunitária onde os alunos se encontravam antes de sair em duplas para visitarem “suas casas”. Todos passavam por aquele casebre, mas ninguém notava sua porta fechada com corrente e cadeado que, vez por outra, dava espaço a um velhinho esgueirando um olhar, misto de curiosidade e carência.

No primeiro dia que resolvi conhecer as pessoas daquela casa, juntamente com Danielle — estudante de fisioterapia — batemos na porta e, após um longo silêncio, uma velhinha nos atendeu. Nos apresentamos e fomos convidados a entrar. Era um casebre escuro (acho que não havia nenhuma janela) com um cômodo principal que servia como quarto, sala e cozinha, cheio de objetos no chão e com duas redes dependuradas. Nos fundos, um quartinho mais escuro ainda e um cubículo que servia como banheiro ou fossa sanitária. Mas a riqueza da casa estava dentro das pessoas que ali moravam: um casal de santos velhinhos, José Bento e Maria dos Anjos, e sua filha, Rita, que tinha deficiência mental.

Ficamos imediatamente tocados com aquela situação. Como é que sobreviviam aquelas três pessoas, tão dependentes de cuidados, em ambiente tão precário? Eles nos contaram que tinham um filho e uma nora que administravam o dinheiro de suas aposentadorias, cuidando de suas necessidades básicas e trazendo-lhes almoço todos os dias.

Inicialmente, o contato maior foi com Maria dos Anjos, mulher meiga e trabalhadora, que desde criança teve de assumir o cuidado da casa e dos irmãos mais novos e, por isso, teve de largar cedo o estudo, apesar do gosto pelas letras. Era ela quem gerenciava a casa mesmo com toda a fragilidade devido a uma catarata e a um problema no ouvido direito, que sempre supurava.

Rita parecia nosso maior desafio. Como se relacionar com uma deficiente mental? No início, ela sempre nos olhava de longe e sempre que eu lhe fazia uma pergunta ela começava a rir. Ela dormia numa cama no quartinho dos fundos e freqüentemente se queixa-

va de dores nas costas. Foi quando Danielle, usando seus conhecimentos da fisioterapia, começou a lhe ensinar uma posição melhor para dormir, colocando um travesseiro mais largo na sua cabeça e outro entre suas pernas. Também lhe ensinamos exercícios de alongamento e, todas as vezes que lhe visitávamos, fazíamos os exercícios junto com ela. Rita não se importava muito com sua higiene pessoal, sempre estava com roupas sujas e com o cabelo embaraçado, apesar dos conselhos que frequentemente lhe dávamos. Em uma de nossas visitas, alegramo-nos de ver que ela estava de banho tomado. Então, Danielle pediu um pente e começou a desembaraçar e acariciar seu cabelo. Elogiamos como ela estava bonita e cheirosa. O semblante de Rita se abriu. . . Foi um momento muito especial. Nossa relação com Rita se transformou a partir destes contatos mais físicos. Sem medicamentos e sem diagnósticos psiquiátricos precisos, íamos encontrando caminhos terapêuticos que nos surpreendiam pela eficácia. O professor que orientava o projeto nos chamou a atenção para o fato de que estávamos conseguindo criar estes caminhos porque, como estudantes novatos, nossa conduta ainda não estava amordaçada pelo aprendizado técnico que desvaloriza as iniciativas baseadas na intuição. Assim, fomos aprendendo que trazer lápis e papel para desenhar, rezar junto o terço, contar histórias e alongar os músculos do corpo e a criatividade da mente eram também instrumentos terapêuticos.

De quem mais eu me aproximei foi de José Bento. Sertanejo de mão firme, porém de audição frágil após seus quase noventa anos. Era preciso gritar para conversar com ele, mas, mesmo assim, ele não escutava direito. Descobri que seu ouvido esquerdo era o melhor, então, sempre me sentava a meio palmo de seu ouvido bom e proseávamos demoradamente. Apesar de não ter freqüentado a escola, sua conversa era de uma sabedoria espirituosa que me lembrava os livros de Guimarães Rosa. Era preciso sempre estar de lápis e papel na mão para copiar seus ditados e expressões memoráveis, como: “Eu não conheço nem o A, e só conheço o O porque ele é redondo”. Durante o tempo de cada visita, passávamos os mi-

nutos entre orientações de saúde e curiosidades de sua vida. Ele me falava dos tempos de outrora, do sertão, das namoradas e de sua valentia. No sertão, todos lhe chamavam de Zé Homem, pois desde pequeno era o homem da família, protegendo sua mãe e seus irmãos até com espingarda desarmada: “Uma espingarda armada põe medo em um homem; já uma espingarda desarmada põe medo em dois homens”. Aquelas conversas iam me seduzindo, mostrando o fascínio da vida que pulsa em seres tão desconsiderados pela sociedade e que podemos encontrar quando deles nos aproximamos com carinho. Ia descobrindo a força do profissional de saúde para a população. Nós — estudantes com formação ainda tão precária — recebíamos atenção muito especial deles. Nossa visita era aguardada. Abriam sua vida a nós.

Um dia, Maria dos Anjos nos contou que, na noite passada, uns moleques haviam jogado pedras no telhado do casebre e quase acertaram a rede onde José Bento dormia. Resolvemos conversar com o filho e a nora deles, para mostrar nossa preocupação com as precárias condições de moradia de seus pais. Na outra semana, ficamos surpresos quando encontramos o casebre trancado e ninguém dentro dele. Foi, então, que a nora deles apareceu, avisando que seu marido havia conseguido uma outra casa para eles morarem e que ia nos deixar lá. . . Que diferença! Uma casa ampla, iluminada, arejada, com sala, quarto, banheiro, cozinha e quintal. Nesta hora, ficamos orgulhosos, pois vimos que nossa presença havia estimulado melhora significativa àquela família: o filho, mesmo tomado pelas exigências de sua sobrevivência como pequeno comerciante, passou a dispensar maior atenção no cuidado dos seus pais. Íamos descobrindo que a eficácia profissional não dependia apenas de ações físicas e químicas sobre o corpo dos pacientes. Palavras e gestos traziam transformações muito maiores.

Com o tempo, tentávamos valorizar pequenas mudanças na rotina daquela casa. Rita estava mais cuidada, tentava fazer os exercícios de alongamento todos os dias, mas, às vezes, esque-

cia como fazê-los. Tentamos aposentá-la por invalidez, mas não conseguimos devido à grande burocracia com que nos deparamos. Conseguimos um remédio para o ouvido de Maria dos Anjos e até marcamos uma consulta para ela se operar de sua catarata pelo SUS, mas ela não se animou a fazer, pois sempre enjoava muito quando saía de carro para algum lugar. José Bento se sentia mais seguro de arriscar algumas passadas quando segurávamos firme em seu braço, mas não se empolgava com grandes mudanças, pois achava que seu fim estava próximo. Narrava-me seus sonhos mirabolantes, onde mulheres, dançando e cantando, avisavam-lhe que sua hora havia chegado. E sempre tirava a mesma conclusão dessas imagens: “*Se eu morrer, amanhã faz 2 dias*”, como se a morte fosse um fim de tarde que, quando menos esperamos, já virou noite.

O acompanhamento desta família me foi uma experiência fundadora. Percebi que é preciso conhecer a realidade e respeitar o saber da população para compreender a dinâmica de adoecimento e cura de uma comunidade e que, na busca de um mundo mais justo, o papel da universidade não deve se restringir à formação de profissionais tecnicamente qualificados, mas também a de cidadãos comprometidos com a realidade social. A partir de meu envolvimento neste projeto, passei a me engajar em novos projetos de extensão universitária em comunidades e a tentar propagar esse outro ensino, cheio de subjetividades, que está fora dos livros e das salas de aulas empoeiradas, contrariando a maioria de meus professores e colegas de curso que pregam que os profissionais de saúde têm que ter um distanciamento objetivo de seus pacientes, para melhor intervirem na guerra contra a morte e a doença. Eles ainda não aprenderam, com a sabedoria de pessoas como José Bento, que a doença e a morte são inerentes à condição humana. Elas não podem ser definitivamente derrotadas, mas isso não impede que a vida seja cuidada. Para isso, é essencial que nós, futuros “batalhadores” da saúde, desde estudantes, sejamos dotados de “espingardas de boa técnica médica”, porém “armadas de sensibilidade” na

escuta, respeito e apoio aos saberes e direitos de nossos pacientes. Nesse caso, uma “espingarda desarmada” põe medo nos pacientes, pois ignora suas necessidades e sua cultura. Já uma “espingarda armada de sensibilidade” não põe medo em ninguém, pois só luta em favor da vida.



MARCOS OLIVEIRA DIAS VASCONCELOS, estudante do curso de medicina da UFPB.

E OS PACIENTES QUE NÃO VÃO AO POSTO DE SAÚDE?

MARCOS TIETZMANN

NESTE TEXTO SEGUIE A EXPERIÊNCIA de um aluno da metade do curso de medicina que participou de um projeto de extensão universitária na zona sul de Porto Alegre (RS) nas férias de verão de 2000. O objetivo principal do projeto era propiciar aos alunos e à comunidade um intercâmbio de conhecimento acadêmico e de saber popular. Os alunos de diversos cursos¹ foram inseridos em um trabalho conjunto da prefeitura de Porto Alegre com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a transferência de trezentas famílias moradoras de áreas de risco habitacional para o conjunto de casas populares do recém-criado Loteamento Chapéu do Sol.

Em uma das reuniões preparatórias, ocorrida na reitoria antes de irmos ao loteamento, integrantes da Universidade e da Prefeitura explicaram-nos alguns pontos sobre a comunidade com que íamos trabalhar. Nesse momento, uma das assistente sociais envolvidas no projeto fez o relato de uma situação em que duas vizinhas estavam quase se agredindo pelo roubo de uma calcinha. Uma tinha o terreno limpo e bem cercado; a outra, sujo e úmido. Enquanto essa funcionária estava tentando apaziguar a discussão, saiu pela porta um dos filhos da moradora acusada de furto e evacuou

¹ Sociologia, odontologia, enfermagem, filosofia, biologia, medicina, pedagogia, farmácia, letras e nutrição, sob coordenação do professor de educação física com pós-graduação em educação de adultos e técnico da Pró-Reitoria de Extensão da UFRGS, Luís Oscar Correa.

na frente da casa. A assistente social ainda ressaltou que o menino devia ter uns sete anos e que provavelmente não sabia usar o novo equipamento da casa, a privada, e que a mãe, durante a discussão, estava nua com apenas um lençol cobrindo o corpo.

No loteamento, depois de alguns dias de integração com os moradores, somente uma ou duas famílias, expressivamente mais vulneráveis, se identificavam com o relato acima. Portanto, não foi difícil reconhecer a personagem que estava sendo acusada do furto da calcinha na história da assistente social.

O encontro aconteceu no segundo dia *in loco*, quase na hora de irmos embora e com o coordenador afastado em reunião no centro da cidade. Uma estudante de enfermagem chegou alvoroçada dizendo que havia uma criança com o pé cortado e que era preciso a presença da equipe médica e talvez até de uma ambulância para o transporte. Achei que era exagero, como outros colegas mais criteriosos também já mostravam com suas mímicas. Entretanto, fui ao local com certo receio. Não tinha preceptoría. Estava nervoso para responder à expectativa dos colegas e um pouco assombrado pelo medo de ser negligente. Chegando na casa, logo pela janela, olhei um corte de 4 a 5 cm por 2 de profundidade na sola do pé e o olhar de sofrimento da menina. Doeu na minha alma. Perguntei para mãe se ela havia lavado com água e sabão e posto água oxigenada, Mertiolato® ou, quem sabe, Nebacetim®. Ela tirou o filho menor de 4 anos da frente com um tapa na cabeça e referiu que tinha lavado e depois encheu de sal e açúcar o ferimento já estancado. Depois, já se levantou da cama ao lado da que a menina estava deitada e sacudiu os farelos de bolacha com algumas moscas da colcha. De momento, não retruquei àquele monte de condimentos postos na lesão, apesar de pensar que sal era a coisa que menos se deseja em contato com um arranhão que seja. Apenas disse que a criança devia ir para o posto fazer pontos e uma vacina antitetânica, visto que ela se cortou em um arame no próprio terreno que, como já foi dito, era insalubre. A mãe disse que era gestante, não podia levar sua filha, o posto era ruim, seu mari-

do não estava em casa e que não tinha condições de pagar um ônibus para ir ao posto a 4 km de distância. Meio que tentando esquecer as aulas de relação médico-paciente, me enchi de indignação e ratifiquei que a antitetânica era indispensável e fui-me embora.

Estava cheio de sentimentos horríveis por dentro. Lembrei-me de quando me cortava em casa. Minha mãe, aflita, lavava o corte bem, passava todos anti-sépticos possíveis e, se preciso, levava para o hospital diretamente para dar pontos e antitetânica. E nunca precisou de ajuda para isso. Passei a me acalmar pensando em máximas como "se a mãe dela não a quer levá-la, por que eu iria?", "não posso resolver todos os problemas dos pacientes" e por último: "poucas pessoas morrem de tétano; seria muita zebra. A criança deve ter recebido a vacina alguma vez na vida". Alguns membros da equipe, eu inclusive, cogitamos em dar 2 reais para a mãe ir ao posto. Mas alguém disse que, mesmo assim, ela não iria. Concor damos. Então veio a nós uma "líder" comunitária para escutar a decisão. Ela tentou nos tranquilizar dizendo que a mulher era louca e que, em um mês e meio, os vizinhos já a tinham trocado duas vezes de casa e que logo seria expulsa do loteamento. Depois dessa, fiquei sensibilizado com a situação dessa família. Tive assim uma impressão clara sobre o que é ser marginalizado.

O segundo encontro, dias depois, foi ainda mais marcante. Parecia que a "louca" esperava o coordenador ausentar-se para nos aprontar uma. Eu estava na casa do DMHAB, nosso QG, e chegou outra colega da enfermagem dizendo que a mesma filha que tinha cortado o pé estava vomitando vermes e que a mãe não tinha dinheiro para comprar remédio. Fomos ao livro² ver alternativas caseiras para esta situação. Lá estava: sementes de abóbora secas para a criança começar a mastigar de manhã cedo e continuar o dia todo, sendo mais específico para solitária; ou, então, mebendazole, medicação gratuita no posto, dose única repetindo

² D. Werner. *Onde não há médico*. 19.^a ed. São Paulo: Editora Paulus, 1994.

em uma semana. Chegamos na casa. A criança estava prostrada, anêmica, fraca, desnutrida e com o pé inflamado, sinais que não eram evidentes, ou pelo menos não tanto, três a quatro dias antes. Como se quisesse dizer que essa menina de nove anos dependia de seus pés saudáveis para sobreviver. Perguntei para ela se sentia algumas coisas. Ela só falava uma palavra, meio com medo: vermes. Perguntei para ela se tinha saído pela boca. Ela respondeu sim com a cabeça. Fiz um gesto com a mão tentando mostrar o tamanho do verme para ver se chegava a um diagnóstico e ela ajudou respondendo sim. Nessa circunstância, como iria dizer para aquela mãe ir atrás de uma abóbora, tirar as sementes, secar ao sol e não se esquecer de dar para sua filha mastigar o dia inteiro? Junto com minha colega, escrevemos um encaminhamento para o posto com a nossa impressão. Se legalmente não valia nada, pois somos estudantes, talvez estimulasse a mãe. Falamos para ela que o meben-dazole era de graça e que, no outro dia, sua filha já estaria boa. A mãe parecia ter tido um momento de lucidez e começou a vestir a filha com o encaminhamento debaixo do braço.

A equipe médica naquele momento parecia estar com a consciência um pouco mais aliviada com aquela família que parecia ser a mais carente. E eu sentindo-me médico. Já dentro da casa do DMHAB de novo, lembrei que não tinha escrito “À US Belém Novo” no cabeçalho, como é de praxe nos encaminhamentos. Voltei à casa de nossa vizinha e só estava sua filha, já arrumada. Escutei uma gritaria. Olhei então para a construção do colégio no final da rua e vi a mãe que não podia levar sua filha ao posto de saúde com um sarrafo na mão tentando bater em um operário. Algumas pessoas na rua olhavam e riam dizendo “essa louca é demais! . . .”. Parei ao lado de um vizinho dela e puxei conversa. Ele disse que o sujeito que corria era marido dela, um pilantra. Nesse momento dois homens já tentavam segurá-la, e um, pelos cabelos. Virei as costas e voltei para a casinha do DMHAB pensando que seria uma grande vitória para essa mãe se ela chegar algum dia ao posto de saúde.

Desde que começamos a circular pelo hospital, nas aulas de semiologia, me incomodava a questão de aprender medicina desconectado da realidade epidemiológica e social das pessoas. Estávamos sempre envolvidos por equipamentos ultratecnológicos, pacientes com enfermidades raras e professores superespecializados.

A experiência vivida nesse loteamento certamente nunca teria ocorrido no currículo da faculdade de medicina. Não saber como lidar com essas situações é bastante estressante e nossa faculdade de medicina, baseada em hospitais, não favorece esse tipo de ensino.

Muito se tem afirmado sobre a importância das universidades organizarem estágios nas comunidades para trazer “a vida como ela é” para o debate acadêmico. O problema é que a maioria dos estágios não é acompanhada de um apoio teórico que possibilite analisar situações tão inusitadas como esta aqui narrada de uma forma que supere a visão do senso comum que reforça preconceitos contra os mais marginalizados. A miséria não leva apenas a carências materiais. Ela desencadeia situações psicológicas extremamente degradantes que resultam em comportamentos que à primeira vista seriam facilmente classificados de ridículas loucuras. Como Marcos intuiu, são pessoas extremamente marginalizadas até pelos outros pobres urbanos que sofrem com seus comportamentos agressivos e imprevistos. Há, hoje no Brasil, trabalhadores sociais com um saber bastante desenvolvido para lidar de forma compreensiva e hábil com situações como esta, alcançando resultados surpreendentes. Em famílias como estas se concentra a maioria das mortes evitáveis de uma comunidade. Precisam ser abordadas de forma sistemática por políticas sociais consistentes. Infelizmente, como Marcos mostra, grande parte dos técnicos e, até mesmo, das assistentes sociais, não está preparada para compreender e atuar nestas situações. O estudante inserido neste ambiente fica dividido entre uma compaixão que lhe leva a se indignar e a angustiar com estas situações de miséria extrema e, de outro lado, as explicações preconceituosas que tendem a reforçar e justificar esta marginalização. Não basta inserir estudantes na comunidade. É preciso também criar su-

portes teóricos por meio de pessoas já mais experientes e conectadas com o saber já acumulado da educação popular, da antropologia e das ciências sociais.

— EYMARD



MARCOS TIETZMANN, médico de família e comunidade formado pela UFRGS.

VOCÊ DECIDE

MÁRIO JOSÉ DE ARAÚJO NETO

ESTAVA NO QUINTO PERÍODO do meu curso, muito empolgado, como muitos colegas, pois é nesse período que temos contato com pacientes que verdadeiramente serão acompanhados por nós. Depois de mais ou menos um mês de aulas teóricas finalmente estávamos ali, na clínica escola, todos de branco, com roupas cheirando a novo. As meninas tiravam fotos na frente da clínica. Eu, assumindo de forma mais envergonhada a minha empolgação, tinha tirado as minhas antes de sair de casa. Nos sentíamos os doutores.

Numa das primeiras avaliações clínicas que fizemos com a supervisão do professor, antes que o paciente (ou cliente, como é mais usado ultimamente; porém, continuo achando que a palavra *paciente* se aplica melhor ao caso) entrasse, pegamos o prontuário, que era enorme, pois era de uma paciente muito antiga, que vivia indo e voltando do serviço. Não me recordo ao certo dos seus problemas, mas sei que ela sentia dores em diferentes lugares (região lombar, joelho e ombro). Ela tinha um problema reumático. Depois de lido o prontuário muito rapidamente, chamamos o professor e dissemos estar prontos. Tínhamos os professores como os doutores donos da verdade, verdadeiros seres superiores. Não sei se eles se sentiam assim. Então, a paciente entrou e fomos todos avaliá-la.

O professor pediu para alguém fazer a inspeção e, volta e meia, nos perguntava alguma coisa sobre avaliação fisioterapêutica ou

sobre a patologia. Quando acabou a avaliação, pensei: “graças a Deus ele me esqueceu e não me perguntou nada!” O professor começou, então, a fazer perguntas à paciente: como estava, se tinha outros problemas e se estava sendo atendida em outro local. Ela respondeu que tinha piorado esse tempo que ficou parada por conta das férias da universidade, mas, que já havia tido outros problemas e que estava sendo atendida também na hidroterapia em um projeto do Departamento de Fisioterapia. Então ele disse que ela iria ficar apenas com a hidroterapia, e que receberia alta porque não poderíamos fazer mais nada por ela ali.

Neste momento, saí da minha condição de aluno assustado, tocado pela expressão do seu rosto. Como mudou! Era evidente a tristeza estampada. A força da emoção daquela paciente começou a abrir minha alma, até então muito centrada em mim mesmo.

— É, doutor, o senhor é que sabe! Disse isso e saiu cabisbaixa.

É por isso que considero o termo *paciente* se aplicando melhor a esta situação.

Ficamos um pouco abatidos com a situação. O professor, percebendo, foi explicar o porquê da sua decisão. Ele disse que ela sofria da SMMA — Síndrome da Mulher Mal-Amada. Segundo sua dedução, ela provavelmente morava sozinha. Ou com familiares, sem com eles ter uma boa relação. Devia ter uma vida vazia. Então para superar essa carência, ela vinha para a clínica, como uma forma de fugir da sua realidade, de sair de casa e mudar a rotina, procurando assim também outros serviços que a universidade oferecia de forma barata, inchando as filas do sistema de saúde e tomando a vaga de outros pacientes. Então ele resolveu o problema simplesmente dando alta a ela. Era impressionante como era tão taxativo nas afirmações sobre aquela paciente, tendo conversado tão pouco com ela. Comportava-se quase como um deus traçando o destino das criaturas, sem considerar suas opiniões.

Na época eu estranhei aquilo, mas não conseguia ainda refletir direito sobre o que assisti. Tudo era muito novo. Parecia que aquele tipo de conduta era a correta na profissão. Hoje, depois de

tudo o que vivi e aprendi posteriormente, fico pensando como estará aquela mulher, de quem nem sei o nome e nem me recordo do rosto. Fico preocupado com as repercussões que aquilo trouxe para a vida dela, pois até o projeto de hidroterapia de que ela participava acabou logo em seguida. Será que não causou uma depressão naquela senhora? Fico imaginando como uma simples conversa poderia ter amenizado a situação de sofrimento a que assisti.

Se hoje tenho outra forma de olhar para aquela vivência, devo muito ao que vivi participando de dois projetos de extensão universitária integrados entre si: o Projeto Fisioterapia na Comunidade e o Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família no Grotão. Estes projetos, que não fazem parte do currículo oficial do meu curso e, até são vistos com certa desconfiança por muitos professores e dirigentes da universidade, tiveram grande “culpa” se não “total culpa” nesta minha transformação. Neles, acompanhávamos famílias da favela Maria de Nazaré, na periferia de João Pessoa e discutíamos com os colegas e professores nossas vivências e nossas dúvidas. Esses dois projetos de extensão irmãos funcionavam paralelamente, o primeiro orientados pela professora Kátia Suely Ribeiro (professora da disciplina Fisioterapia Preventiva e doutoranda em Educação, pelo Centro de Educação da UFPB) e o segundo pelo professor Eymard Mourão Vasconcelos (professor do Departamento de Promoção da Saúde) e mudaram totalmente minha visão das relações terapeuta-paciente, professor-aluno. Neles, aprendi o que é interdisciplinaridade.

Trabalhávamos na comunidade um ou dois dias da semana com questões específicas de fisioterapia em conjunto com as unidades de saúde da família do bairro do Grotão, na periferia de João Pessoa, fazendo atendimentos domiciliares e ambulatoriais, bem como organizando atividades educativas em grupo (grupo de coluna, grupo de gestantes e de idosos). Semanalmente, nos reuníamos com a professora de fisioterapia para discutir problemas individuais e coletivos enfrentados na comunidade, bem como textos sobre educação popular, que era a base metodológica dos proje-

tos. No projeto do Grotão trabalhávamos aos sábados pela manhã interdisciplinarmente, com todos os demais cursos da área de saúde e mais: direito, ciências sociais e psicologia. Lá, cada dupla de estudantes se responsabilizava pelo acompanhamento de cerca de quatro famílias. Com o tempo, os vínculos entre os estudantes e as famílias iam se aprofundando. Nossa amizade com elas nos permitia compreender os problemas de saúde que iam surgindo na sua própria ótica. Entendíamos as dificuldades que tinham para resolver seus problemas nos serviços de saúde. Estávamos sempre surpresos com os inusitados caminhos que as pessoas têm para lidar com seus problemas. Surpreendíamos-nos com o vigor de luta que tinham, mesmo submetidos a situações de vida tão precárias. É preciso enfatizar a riqueza das trocas de experiência com os colegas de tão diferentes formações. Também tínhamos reuniões semanais alternando uma de cunho mais administrativo e outra para as discussões de questões de nossa prática e discussões de textos. Aos poucos, nós estudantes fomos assumindo as atividades de gerenciamento do próprio projeto, treinando nossa capacidade de liderança.

Como já foi citado, os projetos eram baseados na Educação Popular. Aprendi então a valorizar o diálogo. Íamos aprendendo com as dificuldades existentes para que este diálogo se baseasse no respeito e confiança. Na relação com as famílias, fui descobrindo a força terapêutica da escuta. Vi o poder que ela tem. Com a mente aberta pelas discussões teóricas, fomos vendo a força do conhecimento popular, passado de pai para filho e que a academia tanto despreza. Fomos aprendendo a trabalhar em equipe valorizando o conhecimento dos outros profissionais. Fui vendo que era possível encarar os professores como companheiros na construção de um saber e não seres superiores e incontestáveis. Enfim mudei.

Um caso que acompanhei e que me fez aprender muito foi o de uma senhora, esposa de um líder comunitário local muito conhecido, que teve doze filhos, e apenas quatro ainda moravam com ela, sendo um casado, tendo uma filha, morando num anexo da

casa. Um outro filho, que se separou da esposa, também morava lá com esta senhora. Ele estava brigando judicialmente pela guarda de outro filho. Era, portanto, uma situação familiar bastante confusa, vivendo comprimida naquela casinha. Esta senhora era hipertensa e fazia uso de anti-hipertensivos há muito tempo. Quando entrei no projeto ela já era acompanhada por uma estudante de medicina. Vivia preocupada com as freqüentes crises de descontrole de sua pressão.

Em um dos sábados, como de costume, ela nos recebeu com bastante alegria, mas depois de algum tempo de conversa nos assustamos com um pico hipertensivo altíssimo. Saímos a procura do professor Eymard, que mudou a medicação e explicou-nos os riscos que ela estava correndo. Nesse dia entendi realmente a gravidade da situação. Resolvemos levar o caso para a discussão na reunião de discussão teórica do projeto, pois precisávamos de auxílio.

No grupo, depois de muita discussão e uma grande ajuda do pessoal da psicologia, levantamos uma hipótese. Não estávamos lá para rotular ninguém, nem para traçar perfis psicológicos orientados por essa ou aquela escola teórica da psicologia. Só queríamos um caminho a seguir. A hipótese que levantamos para entender sua situação era de que todos os seus familiares eram ocupados com suas vidas e seus problemas e, assim, não lhe davam atenção. Ela precisava de atenção para suprir sua carência. Começamos a conversar mais a respeito de sua família. A estudante de medicina que fazia dupla comigo já era mais entrosada na casa e tinha mais facilidade de comunicação. Eu tinha de aceitar esta sua maior facilidade em conduzir a relação e ia tentando mais confiança aos poucos. Fomos descobrindo fatos de sua vida que a afligiam muito e que nós desconhecíamos. Por exemplo, ela sentia-se só e não gostava do envolvimento do seu companheiro com as questões da comunidade, principalmente quando ele viajava. Segundo ela, este envolvimento dele com a luta comunitária só dava dor de cabeça. Descobrimos também que ela tinha um filho no Rio de Janeiro e que raramente dava notícias e isso a deixava bastante pre-

ocupada. Outro grande problema era o do filho recém-separado, que brigava pela guarda dos filhos e respondia a um processo por agressão à ex-esposa, Por último, sua filha caçula, que trabalhava de doméstica a semana toda e às vezes nos finais de semana, preferia não vir para casa e se envolvia em atividades da igreja que frequentavam.

Vimos então que a situação era mais complexa do que imaginávamos. Então conversamos muito com ela. Tentamos mostrar como é natural que os filhos se afastem. Eles crescem e têm de tocar suas vidas. Tentamos mostrar a importância do seu esposo para a comunidade, no seu trabalho de luta pela moradia na associação comunitária e a razão de ele ser tão solicitado. Procuramos ajudar no que foi possível com orientações sobre os medicamentos anti-hipertensivos. Em relação ao filho que estava se separando, tivemos um grande auxílio de uma estudante de direito do projeto, que o orientou como proceder.

Este processo de escuta e busca de compreender sua situação gerou na nossa paciente uma sensação de acolhimento. Não sabemos compreender tudo o que ocorreu, mas sua pressão foi se estabilizando. Ela passou a cuidar mais da sua dieta e as crises hipertensivas ficaram muito mais espaçadas, mas sempre relacionadas com um evento de estresse. Outro fator contribuinte nessa melhora foi a implantação do Programa Saúde da Família na comunidade (numa luta em que o nosso Projeto de Extensão também participou), o que possibilitou ao seu acompanhamento se tornar mais sistemático, passando a ter melhor acesso aos medicamentos.

Se esta nossa amiga fosse atendida pelo professor de fisioterapia com quem tive minhas primeiras aulas práticas de exame clínico, ela provavelmente seria classificada também com o diagnóstico de Síndrome da Mulher Mal-Amada. Mas agora, nossa proximidade com sua realidade, que nos permitia conversar mais sobre seus problemas, e as dicas do método da educação popular ajudaram a nos fazer compreender como este tipo de diagnóstico era simplista e preconceituoso. Era um diagnóstico que induzia a

um desprezo pelo paciente, quando era justamente a atenção e valorização com afeto que puderam ajudá-la. Muitas vezes uma classificação por um diagnóstico resulta em um fechamento para um processo continuado de compreender melhor o problema. Um processo de compreensão baseado na conversa que já é parte do próprio tratamento.

De tudo isso fica uma grande preocupação: uma minoria dos alunos participam de projetos como este. Quando saí da universidade éramos doze estudantes de fisioterapia no projeto, num universo de mais ou menos 250 acadêmicos. Como fazer para que o ensino oficial incorpore estes tipos de aprendizados que tivemos a oportunidade de viver?

No último período de meu curso, em um estágio curricular, uma senhora, que de forma semelhante à primeira paciente fora classificada como poliqueixosa, recebeu alta, orientada pela professora, sob a alegação de que esse tipo de paciente a gente trata apenas na rede privada (porque nos dão dinheiro!), mas não nos serviços públicos. Aqui eles estão tomando a vaga de outro, para quem as técnicas fisioterapêuticas podem ser mais eficazes, e a lista de espera é enorme. Pode ser cruel, mas a fila de espera lá fora é uma realidade inquestionável. O que fazer? Que caminho tomar? Não é fácil se orientar em situações concretas, quando os recursos disponíveis são tão limitados diante da imensidão das necessidades. Eu ainda não tenho muita clareza. Como você decidiria?



MÁRIO JOSÉ DE ARAÚJO NETO, fisioterapeuta recém-formado pela UFPB.

RELATO DE UMA VIVÊNCIA NA UNIVERSIDADE

MERYELI S. DE ARAÚJO

ESTAVA NO NONO PERÍODO, estágio na UTI do HU (Hospital Universitário). Quando cheguei na recepção, deparei-me com uma família apreensiva, rezando e à espera de notícias.

Quando os familiares viram uma garota toda de branco com um estetoscópio no pescoço, viraram-se e perguntaram: você é doutora? E eu respondi: não, sou estudante de fisioterapia. E a avó do garoto muito tensa indagou-me: você vai entrar na UTI? E eu respondi: vou, estou fazendo estágio. Rapidamente a avó começou a contar o motivo pelo qual toda a família estava apreensiva. Ela falou: é o meu neto, um rapagão de dezesseis anos, estudioso, responsável e muito bom para seus pais. Estávamos na praia ontem quando ele se sentiu mal, com febre, vômitos e manchas pelo corpo. Trouxemo-lo e ele foi encaminhado para a UTI com diagnóstico de meningite. Não temos muita informação, só sabemos que o caso dele é muito delicado, mas temos fé em Deus que tudo vai dar certo e que Deus vai livrar nosso garoto dessa doença. Por favor, doutora, quando a senhora entrar nos traga notícias. E eu respondi: tenham confiança em Deus que tudo ficará bem. E saí em direção à sala de vestimentas. Comentei o caso com outras amigas e ficamos temerosas porque não havíamos tomado o reforço da vacina para meningite, entretanto, a professora chegou, acalmou-nos e solicitou que entrássemos para iniciarmos as atividades do dia.

Quando entrei, deparei-me com uma cena chocante. Médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem ao redor de uma maca tentando fazer reanimação em um rapaz. Outros pacientes com os aparelhos disparando, um técnico de radiologia preparando um paciente para os Raios X e alguns acadêmicos olhando de longe e espantados aquele paciente e uma equipe, que tentava sem resposta trazer aquele rapaz à vida. Infelizmente, o médico responsável pela equipe determinou que protocolassem o óbito. Todos da equipe afastaram-se e o paciente, agora cadáver, ficou largado na maca.

Eu continuei parada, sem ação, e fiquei olhando aquele rapaz. Alguns auxiliares de enfermagem iniciaram a retirada dos aparelhos, o tamponamento, e os outros procedimentos necessários quando ocorre óbito. Os demais profissionais retiraram-se e foram assistir os demais pacientes, não retornando mais àquele leito.

Fiquei pensando na família, no desejo de receber uma boa notícia, no amor que eles sentiam por aquele filho. Senti um desejo de voltar para casa, de repensar os meus valores e o sentido da vida. No entanto, a professora logo falou: Meryeli, olhe o prontuário 6, proponha o tratamento e venha discutir para iniciarmos o trabalho. Fiz o determinado, mas não conseguia atender, olhar aquele rapaz sendo “empacotado” e lembrar da família que rezava pela saúde do seu filho adorado e do seu rápido restabelecimento. Olhei pelo vidro da porta da recepção e não parava de chegar familiares e amigos, foi então determinado que descessem com o 5.

Confesso que não consegui fazer o meu trabalho bem feito naquele dia. Sei que os demais pacientes não mereciam esta minha atitude e esperavam que eu fizesse o melhor para o pronto restabelecimento da sua saúde. Não consegui ser imparcial. Era o que a profissão determinava, mas a minha vontade era terminar e sair dali, da frieza daquele lugar e da equipe ao relatar o óbito, e, sobretudo, da situação que determinava o que nós seres humanos nos resumimos ao final de uma vida: um simples corpo tendo obstruídos os orifícios (tamponamento), envolto em panos, e sendo

retirado para que um outro paciente grave da enfermaria ocupe o seu leito.

Essa foi a maneira pela qual a Universidade me ensinou a enfrentar esse tipo de situação, simplesmente passando por ela, assim de qualquer jeito, deparando-me mais com dúvidas e questionamentos e menos com respostas. A Universidade indiretamente nos diz que devemos desconsiderar os efeitos de determinadas vivências e que devemos ser frios e objetivos, não parando para discutir, internalizar e valorizar determinadas situações corriqueiras de um serviço de saúde.

Poucos fatos em nossas vidas são capazes de entristecer e depressir tanto como a morte de alguém que cuidamos, já que o lutar de perto com a perspectiva da morte alheia nos remete à constatação de nossos próprios limites e fragilidades. Através desta vivência, ficou mais evidente para mim a superficialidade das palavras e orientações que encontramos nos livros técnicos e nas aulas formais da maioria dos professores. Percebi como a ordem de ser prático e objetivo diante de cada caso clínico é uma ilusão, pois desconsidera o contexto e os sentimentos em que ele está inserido. Passa por cima também dos nossos próprios sentimentos. E o que somos sem nossos sentimentos?

Infelizmente, só pude elaborar as repercussões desta vivência sozinha. Por que não programar no ensino universitário espaços de elaboração coletiva de situações como esta? Por acaso somos robôs para não precisarmos aprender a lidar com os sentimentos?



MERYELI S. DE ARAÚJO, fisioterapeuta recém-formada pela UFPB.

MEU PRIMEIRO AMBULATÓRIO

MONIQUE BANDEIRA MOSS

PARECE QUE FOI ONTEM, mas há um ano estávamos ingressando na cadeira de medicina integral. É difícil descrever o que sentíamos. Talvez um misto de ansiedade, medo, insegurança. Estaríamos enfrentando a cadeira mais prática da faculdade. Sabíamos que seríamos supervisionados, no entanto, seriam nossos pacientes, nossa responsabilidade e nossa culpa.

Havíamos cumprido grande parte de nossa carga teórica na faculdade. No entanto, parecia que aquilo de nada adiantaria. Em breve teríamos, de alguma forma, de utilizar esse conhecimento sem que fosse em um papel, mas numa pessoa de verdade, com seus sofrimentos, que estava ali buscando auxílio. E a dúvida era: será que estávamos realmente preparados para isso? Não. . . não estávamos. . . mas deveríamos enfrentar, porque aquilo seria uma prévia de uma parte do resto de nossas vidas profissionais.

Dessa forma, no dia primeiro de setembro de 2003, conhecemos nossos preceptores dos ambulatórios e conhecemos nossas salas, nossas agendas e a nossa pasta de impressos. Uma pilha de prontuários guardados em envelopes de papel pardo e cartões coloridos nos aguardavam em cima de um banco. A primeira coisa que vinha à mente era: “ Não saio daqui hoje! Além de tudo ainda vamos discutir hipertensão!!!”. Tudo bem, como se diz por aí, “são os ossos do ofício”.

Pegávamos o cartão e abríamos o prontuário (quando este estava lá, pois muitas vezes ele se encontrava perdido pelo hospital).

A primeira dificuldade estava logo aí. Prontuários são tão desorganizados que era quase impossível saber com clareza o que o paciente estava fazendo no ambulatório. Tudo bem, vamos então organizá-lo pela data. Mas que data? É impressionante como as pessoas esquecem de anotar a data e eu me incluo nisso.

Uma vez organizado o prontuário, havia chegado a hora. . . chamar o paciente. Era a hora de abrir a porta. Ah, a porta do ambulatório! Não havia um dia em que a abríamos sem que pulassem umas cinco pessoas querendo receita, querendo saber se a pneumo ainda estava atendendo, procurando remédio da tuberculose ou querendo falar com a Dr.^a Rose. Aquilo assustava.

Chamávamos o paciente, cuja primeira frase era: “Ah! Não é mais o Dr. Fulano? Poxa, eu gostava tanto dele e ele já sabia todos os meus problemas. . .”. Aquilo doía, mas tínhamos de prosseguir com a consulta. Levávamos cerca de uma hora e meia para cada paciente. Muito tempo conversando, tentando extrair o máximo de informações e examinando. Chegava então a hora final. . . O que fazer agora? Já escutei, já examinei, sei o que há de errado. O que eu faço???? Levantava da cadeira e ia discutir o caso com a Dr.^a Rose. Sempre presente e disposta a nos auxiliar em nossas dúvidas. Sabemos que o mesmo não acontecia em outras salas, o que tornava o Ambulatório de Medicina Integral, muitas vezes, uma tarefa desagradável para alguns alunos.

O paciente saía então da sala e o ciclo se repetia algumas vezes ao longo do dia.

Os dias foram passando. Fomos adquirindo maior autonomia. Nossas personalidades médicas já se expressavam e já adquiríamos o nosso “jeito” de atender. Passamos por muitas dificuldades e muitas alegrias. Quem nunca teve um paciente chorando no consultório? Daqueles casos em que tínhamos de chamar a psicologia médica para nos auxiliar. Alguns de nós perdemos pacientes. . . alguns pacientes desistiram de nós. Por outro lado, sempre tinha aquele que, mesmo com baixas condições socioeconômicas, fazia questão de levar um presente, mostrando que, para ele, você era uma pes-

soa importante. Esse tipo de resposta compensava grande parte dos problemas enfrentados, no entanto, nenhuma resposta era mais satisfatória do que ver o paciente agradecido porque você mudou a vida dele em alguma forma.

Agora que chegamos ao final deste caminho e que estamos próximos de nossa formatura, olhamos para trás e vemos como evoluímos. Não só como futuros médicos, mas como pessoas. Hoje, certamente, somos melhores do que ontem e devemos isso não só a nossas experiências nos ambulatórios, mas a todos os momentos de nossa vida acadêmica, bem como a todos os professores e médicos que, a sua maneira, ajudaram a formar nossa personalidade médica. De forma que nas próximas semanas, quando os futuros internos estiverem nos substituindo em nossas salas, ouvirão dos pacientes a mesma frase que ouvimos quando entramos: “Ah! Não é mais o Dr. Fulano? Poxa, eu gostava tanto dele e ele já sabia todos os meus problemas. . .”



MONIQUE BANDEIRA MOSS, estudante de medicina da Uerj.

SE ARREPENDIMENTO MATASSE. . .

NELSINA MELO DE OLIVEIRA DIAS

MUITO ME IMPRESSIONAVA a atuação competente, amiga, dedicada e responsável de Ana Rosa, a visitadora sanitária de Pilõezinhos (o menor município da região do brejo paraibano), campo de estágio de residentes de Medicina Preventiva e de alunos do último ano da Universidade, no conhecido ERI — Estágio Rural Integrado).

Certa vez, fiquei sabendo que o pai de Ana Rosa, Sr. Elias, vinha adoentado gravemente e já não mais se levantava da cama. Ele morava em um sítio de acesso difícil. Eu achei um absurdo! Como uma filha tão dedicada à saúde da comunidade permitia o senhor seu pai “morrer à míngua”, sem um atendimento médico qualificado?

Como supervisora da segunda região estadual de saúde, da qual Pilõezinhos fazia parte, e como professora da UFPB, residente e atuante nessa região, acompanhando alunos do ERI, não foi difícil convencer o médico, atendentes do centro de saúde e a própria filha de Sr. Elias para a necessidade de ir buscá-lo para um melhor atendimento na capital do estado — João Pessoa.

Mobilizamos, na prefeitura, uma ambulância e lá fomos até a casa do Sr. Elias. Com bastante dificuldade, subimos morro e descemos matas e encontramos, de fato, Sr. Elias “pele e osso” em cima de uma cama, mas estava todo limpinho, cheiroso de talco e rodeado de familiares e vizinhos. Pareciam aguardando a chegada da “Hora”, rezando, mas em ambiente tranqüilo e de muito carinho.

Lembro, como se fosse hoje, que, para espanto de todas aquelas pessoas, retiramos o Sr. Elias daquele “ninho saudável” e o trouxemos de maca, já ao entardecer do dia, para os procedimentos técnicos necessários. Ele agora estava carregado por médico, nutricionista, atendentes e o levávamos para um tratamento hospitalar digno de um cidadão.

Sr. Elias foi internado e precisou urgentemente de transfusão de sangue, pois estava muito anêmico; mas em poucos dias, morreu longe dos seus e do seu sítio. Longe de carinho e cuidados dos vizinhos e familiares.

Para que serviu tanto empenho nosso? Que aparatos técnicos e transfusão sanguínea foram mais importantes para justificar um morrer tão frio, distante e impessoal?

Falo “se arrependimento matasse”, pois, no mínimo, me matou de vergonha de me ter traído. Agindo por uma prática de saúde “toda equipada” desvalorizava o cuidar humano que os serviços hospitalares, muitas vezes, não proporcionam.

Eu era uma professora que desde meus primeiros dias na Universidade defendia que os alunos da área de saúde tivessem, desde o início e nos vários anos da sua formação universitária, um tempo curricular para prática e inserção nos serviços locais (hospitais, maternidades, centros de saúde, creches, escolas, organizações comunitárias) como o ensino ideal e uma melhor forma de praticar e aprender uma teoria mais colada às reais necessidades das pessoas.

Eu brigava com os meus colegas professores (mesmo os da área de saúde pública) e os coordenadores de curso, pois eles defendiam que as disciplinas ditas básicas, como anatomia e histologia, fossem dadas nos primeiros anos de curso, seguidas das específicas, para só no final considerarem os alunos aptos aos estágios.

Diferentemente dos colegas, desde cedo eu acreditava e presenciava que os alunos no final do curso, já preocupados em formatura e em arranjar emprego, não tinham mais disponibilidade para se capacitarem no sentir, ouvir e serem atentos ao cuidar da pes-

soa doente. Além do mais, já tinham passado o curso, quase todo, possivelmente como um aluno normal (mais passivo, pouco questionador), no meu ver, principalmente por não ter vivenciado, quase nada, o seu aprendizado fora das salas de aula.

Ensino com práticas, desde os primeiros tempos de curso, tem uma ligação forte com a prática profissional mais humana e mais comprometida com as necessidades da população. Eu que o diga: apesar de tão bem-intencionada e consciente como professora, com Sr. Elias fui tão desumana! . . .

Ah! Se arrependimento matasse. . . Perdoe-me, Sr. Elias, onde estiver. Mas creio que de fato o que me fez agir, desrespeitando o morrer do Sr. Elias em casa, foi não ter vivido meus tempos de estudo na faculdade conforme eu continuo defendendo para o aluno: um aprendizado teórico-prático comprometido com as reais necessidades da maioria da população.

Por outro lado, o que vivi nos estágios curriculares do Instituto de Nutrição de Pernambuco (onde estudei), que me deixou com tal sensibilidade?

Lembro-me que, apesar de ter sido primeira de turma no curso todo, no estágio de saúde pública eu tirei a nota três (a pior nota da minha vida). E por quê?

No Centro de Recuperação Nutricional de Ribeirão, no interior de Pernambuco (proposta ousada e pioneira onde as mães participavam em grupos de rodízio no preparo da alimentação dos seus filhos e higiene da casa onde as crianças desnutridas passavam o dia também aos cuidados do médico), me inquietava bastante ter de dar aulas de nutrição: alimentos básicos ou alimentação balanceada, variada, colorida e etc. para aquelas mães ditas desinteressadas, quando eu já percebia a contradição da desmotivação delas no ter de ouvir informações “bonitas” mas tão longe de suas vidas e possibilidades.

Possivelmente, com suas sabedorias, elas percebiam que nós alunas éramos “marionetes” nas mãos dos professores, que, preocupados com “didáticas”, não nos permitiam nem nos orientavam

a dialogar com o saber oriundo de toda uma experiência de vida daquelas mulheres até mais maduras que nós.

Contudo, com um três e com o escutar respeitoso daquelas mulheres, aprendi o que não se deve fazer com a população: “vomitar” conhecimentos, desrespeitando os saberes e as necessidades do indivíduo ou população por mais carente, doente ou ignorante que seja.

Desaprender o aprendido também é uma saída para maior sensibilidade. Desconsiderar velhos conceitos pode permitir novas possibilidades.



NELSINA MELO DE OLIVEIRA DIAS, nutricionista formada pela UFPE e professora da UFPB.

JALECO BRANCO

PAULA GAUDENZI

ALGO me incomodou desde o primeiro dia de faculdade. Nas tão esperadas aulas de anatomia, pela primeira vez, senti que talvez ele não fosse o meu lugar. Era o jaleco branco. Símbolo da superioridade, estereótipo comprado, hierarquia desejada.

Nós, crianças de dezoito, vinte anos assistindo às aulas de anatomia dentro de uma sala como qualquer outra de aula, de qualquer outra faculdade. Mas nesta sala todos eram iguais dentro dos jalecos brancos. E todos diferentes do resto. Resto. Alguns adoravam a idéia. Recém-passados no vestibular e já com tanto poder. . . Outros detestavam pois, ali, suas roupas da moda nada diziam.

Aprendemos, e uma grande parcela de responsabilidade foi da anatomia tal como nos foi dada, a nos distanciar do outro desde o início da faculdade. Jaleco branco e cadáveres.

E ali estava começando a preparação dos futuros médicos. Ali no anatômico, diante de “peças”, de cadáveres. Afinal, para que ver gente? Gente, a gente não conhece; isso é da área de humanas, em que, por sua vez, ver que é bom. . . Mas isso é uma outra discussão.

Chegamos à faculdade que se propõe, ao menos em teoria, a estudar o ser humano, e vemos o ser biológico, o ser morto. E até diante do morto devemos usar jaleco branco. O jaleco branco é para a gente ver, é para nos convenceremos de que agora somos médicos e devemos nos comportar como tais. Uma porta para um novo mundo se abre, um novo vocabulário e uma outra expressão corporal. O teatro está pronto.

Às vezes, penso que a discussão do jaleco branco é uma bobeira e que há outras coisas muito mais importantes para se pensar. Alguns dizem que o jaleco é bom, pois é a forma dos pacientes nos identificarem como médicos e pedirem socorro caso haja necessidade. Outros afirmam que não há necessidade, mas que os próprios pacientes preferem que usemos o jaleco e nos respeitam mais por isso. É verdade. Ninguém gosta de ser atendido por um médico sem jaleco. Mas isso só demonstra o lugar de submissão dos pacientes, um lugar que eles próprios procuram. É a hierarquia que eles desejam e da qual nós somos cúmplices e, como quaisquer cúmplices, desejamos isso também. Alimentamos a falsa noção de cuidado. É bom colocar o jaleco, pois nos livra dos gestos de cuidado, do olhar e até do nosso lugar de humano ou de nossa humanidade. Colocamos o jaleco e é como se o paciente já soubesse quem nós somos. E aí estamos nós, perdendo nossa identidade e impossibilitando a relação.

Por muito tempo achei que estava no lugar errado, pois todos pensavam muito parecido, gostavam do jogo, incorporavam aqueles personagens que eu nunca quis. Achava prepotência minha pensar que todos estavam errados. Agora digo, com convicção, que tudo está errado, se eu pensar no mundo do cara a cara que desejo. A questão do jaleco é, em absoluto, fundamental. A cultura é formada a partir dos valores que são incorporados com o passar do tempo. Precisamos desconstruir para podermos formar novos valores.

Afogar nossa humanidade, nossa possibilidade de troca, nosso olhar para o outro é nos tornar seres desprovidos de possibilidade de transformação. A transformação está, para mim, calcada na emoção, nas artes, na vontade. Esta é a minha vivência pela faculdade de medicina, que tentou me destruir, mas que acabou me levando para a vertical. De tudo que lá pude ver tirei minha força para transformar.



DE MECÂNICO DE GENTE A COMPANHEIRO NA LUTA PELA VIDA

PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ

AFIM DE CONHECERMOS MELHOR a extensão universitária, minha turma foi levada a conhecer um projeto no qual o estudante visita e mantém contato semanal com uma comunidade carente de minha cidade, se vinculando a algumas de suas famílias. Depois da primeira visita, fui convencido por um amigo a seguir no projeto. Mal sabia eu que minha visão iria clarear, que estes mesmos olhos iriam enxergar de modo diferente.

Cheguei naquela comunidade desnortado. Como geralmente acontece, toda coisa nova em minha vida me dá receio e apreensão. Então, desnortado, receoso e apreensivo eu pisei pela primeira vez naquela parte da minha cidade, antes desconhecida e até evitada. Minha cabeça só repetia que eu estava ali para “pôr em prática meus conhecimentos”, “aplicar a nutrição e as ciências da saúde na população, na prática”. Cheguei, sinceramente, como um frio mecânico pronto para consertar as avarias que causam os descompassos pessoais.

O gelo (inicialmente um *iceberg* gigantesco) começou a derreter quando, ao visitar a primeira casa na comunidade, fui convidado a sentar ao sofá, ouvir um pagode na rádio e, mais que tudo isso, quando enxerguei esperança num rosto onde pensara só existir desolação. Mas a máquina científica em minha cabeça continuava funcionando com todo ritmo; eram procuradas doenças, feridas psicológicas, manchas, marcas, ratos, baratas, insetos, aquele

ambiente era um *front* da guerra “saúde vs. doença”, em que o soldado aqui deveria agir de forma adequada e sutil.

A cada sábado em que chegava naquela comunidade, esse soldado pensava cada vez mais em abandonar a guerra e partir apenas para negociações e tratados. Mas o que poderia fazer o soldado abandonar suas armas (livros, catálogos, apostilas, cadernos, letras, palavras) e partir para uma conversa pacífica? Foi o acolher das pessoas.

Ao chegar lá, me sentia verdadeiramente um estranho no ninho; posso mesmo o ser até hoje, mas não me sinto mais acanhado ou acuado ao chegar lá. Pelo contrário, a cada dia que chego me sinto acolhido, sinto que sou esperado e que, quando chegar às casas que visito, serei recebido como amigo. Com alguns meses, então, aquele *iceberg* se reduziu à água corrente e virei “eu mesmo”, humano, sincero; tudo porque, num certo dia, as famílias começaram a sentir minha falta e eu comecei a sentir falta delas. Fui aprendendo que para ser eficiente não precisava me vestir da objetividade fria da ciência. Pelo contrário, minha humanidade era fonte de transformações muito positivas.

Mas a jogada definitiva para que o mecânico desse lugar ao simples estudante foi quando passamos a não conversar mais só sobre doença. Ao contrário, certa vezes falamos sobre política, televisão, tempo, futebol e até, quem diria!, minha vida pessoal. Aí descobri que aquelas pessoas não eram pacotes de problemas, mas pessoas cheias de dinamismos e muita vontade de ser mais. Vi que era muito melhor me ligar a elas como companheiro desta busca pela dinamização da vida.

Hoje chego lá eu, apenas eu; pronto para conversar, ouvir, falar e, principalmente, compreender. Ajudar? Posso ajudá-los com minhas práticas universitárias quando eles precisarem, mas também sou ajudado a cada sábado que visito aquelas famílias. Eles me mostram uma perspectiva diferente da vida, um lado diferente desse mundo; aprendo a respeitar suas decisões e a compartilhar os seus saberes.

O desnorteado, receoso, apreensivo, gigantesco *iceberg* e frio mecânico virou, simplesmente, amigo. Amigo com quem se tiram brincadeiras, amigo a quem se faz confidências, a quem se revela segredos e, principalmente, a quem se pede opiniões e conselhos. Amigo que dá força para ter mais esperança nesse mundo injusto e incerto.

Essa é a força que pode morar na atitude de abandonar a frieza com a qual muitos tratam as pessoas, não só no setor saúde, mas também no dia-a-dia. O ouvir, o compartilhar e o ato de procurar entender podem significar uma vida. Como numa das casas que visito, onde uma senhora disse que “se não fossem vocês [estudantes] vindo todo sábado e me ajudando a melhorar a hipertensão, me dizendo como comer bem e conversando muito, me distraíndo, acho que já teria morrido junto com meu velho”. Essa talvez seja a melhor recompensa e o melhor estímulo para me fazer olhar diferente para as pessoas com as quais conviverei depois da Universidade. Afinal de contas, são humanos como eu, diferentes em seu viver mas merecedores de atenção e compreensão tanto quanto nós.



PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ, acadêmico de Nutrição da UFPB.

COM VIDA

PEDRO ROCHA PITTA

FOI NO GRUPO ComVida que pela primeira vez conversei diretamente com pessoas convivendo com HIV/aids. Antes, até conhecia algumas pessoas, mas não éramos próximos a ponto de tocarmos no assunto.

Acompanhava pelo noticiário as principais lutas e conquistas, como o direito de acesso aos remédios e a quebra das suas patentes. Mas o que mais me impressionava era a garra e a força de viver de algumas pessoas, como Cazuzu e Betinho, num momento em que as pessoas sofriam com o altíssimo grau de mortalidade, com as poucas perspectivas e prognósticos, dos preconceitos sentidos na pele. Foram exemplos de esperança para todos. Suas vozes embotadas de amor, amor à vida, ecoam no meu coração e no de muitas pessoas.

Já como aluno do curso de medicina, cursando o segundo período, descubro a possibilidade concreta de trabalhar em um grupo com uma disciplina do Departamento de Medicina Integral chamada “Conceitos e Práticas em Medicina e Promoção à Saúde”, em que minha turma foi pioneira. Nessa disciplina, tive contato com o grupo ComVida, grupo terapêutico para pessoas com HIV/aids, que funciona há cerca de nove anos no Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe).

Participando, aproximei-me, a princípio em transe e em choque, de pessoas que abriam seus corações para os outros entrarem. Eram pessoas que já tinham percebido a beleza e a riqueza do en-

contro, da troca, da partilha não apenas de suas dores, geralmente tão reprimidas no ambiente do hospital universitário, mas também de suas alegrias, de suas batalhas, de seus projetos de vida. Impressiona-me a riqueza das discussões e, mais ainda, a maturidade com que pontos de vista por vezes antagônicos são abordados. As pessoas colocam seus diversíssimos modos de ver e de viver (haja imaginação) simplesmente como são, sem querer de modo algum elegê-los como padrões para os demais. Sim, há respeito pelos diferentes olhares, mesmo os mais estranhos.

Desde o começo, identifiquei-me muito com os participantes do grupo: com suas dores e alegrias, coisas que somente quem está vivo sente. Sim, os profissionais são humanos passíveis de todos os tipos de emoções, que não devem ser castradas, mas sim entendidas como elementos consoantes e estimulantes do processo terapêutico.

Demorei um bocado a perceber meu papel no grupo. Os próprios participantes me deram uma pista quando falaram muito apropriadamente que o grupo também é uma sala de aula, reconhecendo que os papéis de cada um não são completamente definidos e estanques. No mesmo instante, todos estão ensinando e todos estão aprendendo.

Estou iniciando o ciclo profissional no curso de medicina. Diariamente convivo e aprendo com os profissionais e os pacientes do Hupe. Intriga-me a complexidade das relações entre os que procuram ajuda e os trabalhadores da saúde, em especial o médico. Como nas diversas relações humanas, os efeitos destes encontros e contatos variam em todos os graus de empatia ou desprezo, ilusão ou concretude, vitalidade (troca) ou mecanicismo e outras que nem sei descrever.

Impressiona-me tanto a fluidez, o desembaraço e a eficiência de certos conjuntos profissional(is)/paciente(s), quanto a apatia de outros conjuntos, às vezes contendo até os mesmos participantes dos primeiros. Sim, as relações variam de acordo com a combinação de elementos. Alguns profissionais conseguem trabalhar

em harmonia com a grande maioria de seus pacientes. E quase me perco na avalanche de questões: quais atributos permitem a formação do vínculo? Estes atributos são passíveis de serem ensinados e apreendidos dentro do espaço da singularidade de cada profissional? Que fatores afastam e que fatores aproximam as pessoas? A pessoa vivendo com HIV/aids recebe tratamento diferenciado por sua condição? Sim, cada pessoa é única e vive momentos únicos e, por isso, deve receber tratamento de acordo com suas necessidades e seu momento, mas a pessoa vivendo com HIV/aids oferece, pela sua condição, alguma dificuldade de aproximação por parte dos profissionais?

O portador de doença crônica, como as pessoas vivendo com HIV/aids, mantém um convívio intenso com os profissionais de saúde. O acompanhamento ao longo dos meses e anos tem alguma relação com a qualidade (fluidez, nível de troca) do relacionamento entre o cuidador e o paciente?

O convívio com os usuários do Hupe está sinalizando algumas respostas. Quando finalmente consigo me aproximar de uma pessoa, quedo-me fascinado com sua singularidade, percebendo que somos únicos e diferentes a cada momento. E só deixando o coração bem aberto posso entender o olhar de cada um e, finalmente, trocar, sem quantificar, o pouco-muito que dá aquele gostinho de viver.



PEDRO ROCHA PITTA, estudante de medicina da Uerj.

DOENTE DA SANTA CASA

AUTOR DESCONHECIDO

Doente da Santa Casa, que sina, que desgraceira,
De segunda a sexta-feira é cutucado, apalpado,
Sacudido, revirado, quase liquidificado
Por estudante tarado
Que junta na cabeceira.

Tiram sangue, botam sangue, exames de Raios X,
Aguilha grossa na veia, tacam sonda no nariz,
Dão com martelo na perna, peteleco na barriga,
Cada exame desgraçado, pra descobrir uma lombriga.

Diz 33 — “Trinta e três”
Mais outra vez — “Trinta e três”
E diz quatro, cinco, seis, setenta, noventa e seis.
E a todos que vão pedindo, vai o infeliz repetindo
“Trinta e três”
Mais “trinta e três”.

Doente da Santa Casa, que resistência brutal
Seu braço é mais picotado que bilhete da Central,
Seu fígado é mais palpado que broto no carnaval,
Seu pulmão é mais ouvido do que o Hino Nacional.

E a do remédio novo.
Antes de ser dado ao povo, 185

O laboratório não esquece;
Manda amostra pros doentes
Pra ver o que acontece.

Doente da Santa Casa
E se ele cai na besteira
De ter doença rara,
Dessas que nem Catedrático
Diagnostica de cara,
Aí mesmo o infeliz,
Sofre pra burro, não pára.

Vem aluno, vem Doutor,
Assistente, Professor,
Vem Catedrático e Reitor,
Leva o homem pro congresso
Doença pouco comum, na Santa Casa é um Sucesso.

Se o caso é de abrir barriga
Às vezes sai até briga,
Pois tudo quanto é Doutor
Que acaba de ser formado
Quer estrear o bisturi
Na barriga do coitado.

Mas no fim tudo se ajeita
Pois é achada a receita,
Um que abre, outro que fecha,
E o terceiro enfia a mecha.

Doente da Santa Casa,
Que alegria ele tem
Quando a Enfermeira anuncia:
— O Doutor hoje não vem. . .

COMO CRIAR UM FRANKENSTEIN EM NOVE PERÍODOS: NOTAS DE UMA CRIATURA

RAPHAEL MENDONÇA GUIMARÃES

No começo tudo era o caos

No geral os alunos passam anos de suas vidas socados entre as instalações de um estabelecimento de ensino de primeiro e segundo graus. Comigo não foi diferente. Com o passar de cada ano, as perguntas eram sempre as mesmas: pra que eu estou estudando isto? Em que isto vai ser útil pra minha vida? Pra que eu estudo matemática se eu quero fazer biologia? Na maioria das vezes as perguntas não tinham respostas, mas havia uma luz no fim do túnel: a Universidade.

Essa era a única coisa que fazia cada um de nós aturar, no ensino médio, as malditas aulas, pois sabíamos que aquilo estava com os dias contados. Eu sabia que quando entrasse para a faculdade só estudaria o que me interessava, afinal de contas teria a ver com a carreira que escolhi. Obviamente os professores que dariam as aulas compreenderiam tudo aquilo que eu pensava, já que eu seria um deles amanhã. Então tudo seria ótimo.

Muito bem, passaram-se os anos e acabei o antigo segundo grau. Cheguei à Universidade! Teriam acabado todos os martírios. Quanta inocência! Naquele instante, só me importava meu nome dentre tantos na capa da Folha Dirigida®. Estava enganado, mas então era incapaz de imaginar o quanto!

O primeiro docente a cruzar meu caminho apenas me trouxe alegria. Era uma professora antiga na faculdade, já havia se aposentado e feito novo concurso. . . Era impetuosa, o que era fundamental pra nós, que mal sabíamos o que seria ser enfermeiro dali a quatro anos e meio. Dizia uma ou duas coisas pertinentes para o conteúdo daquela disciplina, mas o que ela falava sobre suas experiências não tinha preço. Como a primeira impressão é a que fica, acreditei que todos seriam assim.

Bobagem !

Foram vindo os outros professores. A maioria deles, por seu jeito culto, me fazia sentir inferiorizado intelectualmente. Às vezes me perguntava se eles realmente sabiam aquilo tudo ou decoravam antes de sair de casa. Pasmem! Estou quase me formando e ainda me pergunto a mesma coisa sobre muitos.

Os moldes eram clássicos: fala bem pausada e leve, tom nem alto nem baixo. Na hora de ensinar, mostravam segurança quanto a tudo que falavam e nós, humildes calouros, nos víamos como incapazes de fazer qualquer afirmação fundamentada. Era a Academia. Quem era eu para contestar. Na verdade nem queria, pois admirava tanto o quanto eles conheciam. Queria ser igual a eles. Para mim eram como super-heróis, que dispunham ou de poderes sobre-humanos ou de um cinto de utilidades que os desembaraçavam de qualquer problema.

Passado o tempo, vi que nem sempre as coisas são como se mostram. Toda aquela classe e elegância anteriormente exibida por eles, serviam como “máscara” para suas verdadeiras faces. Tudo que estes docentes fizeram foi eleger seus protegidos, alunos *adotados* que serviriam de exemplo para todos. Quanto ao restante, todos *a-doutados*, não possuíam aquele brilho especial nítido nos escolhidos. Aliás, talvez falar assim seja um pleonasma, já que como alunos, são sem-luz.

O ruim nesta história toda é que, ao contrário do Mito da Caverna de Platão, os alunos adotados, criaturas que descobrem o caminho da luz, não voltavam à caverna para ensinar o caminho

aos outros. Com isso, a diferença entre os alunos ficava cada vez mais gritante. Contudo, parecia ser este o objetivo. E continua sendo, pois só desta forma (ou fôrma?) me parece estarem criando os enfermeiros do futuro, salvo exceções (que, por sinal, são quem ainda faz tudo isso valer a pena).

Minha trajetória inclui, além desta mediocridade cotidiana de sala de aula, passagens políticas dentro da faculdade, inicialmente através do Centro Acadêmico, passando por conselhos, comissões, grupos de estudo e *petit-comités*. A princípio, quem lê estas palavras pode pensar: “Se ele era tão engajado certamente era aquele aluno adotado, então não entendo o porquê disso tudo agora”. Como disse antes, nem tudo que parece é. Mesmo porque, justamente por ter vivências diferenciadas, pude aprimorar o senso crítico, que aparentemente ultrapassou um *borderline*, um “máximo desejado”.

Opressor e oprimido

Apesar de tantos juramentos de amor e fidelidade à liberdade e à educação, proferidos com uma certa frequência, especialmente em cursos tradicionalmente postos em “segundo plano”, como é o caso da Enfermagem, muitas vezes executam-se controles arbitrários que não só atropelam responsabilidades, silenciam desejos éticos dos sujeitos “aprendentes” e “ensinantes”; freiam circulações de saberes, atrofiando, com ordens impostas, vigilâncias e castigos.

Durante estes anos, falei muito, fui atropelado, silencieimei-me diante de várias injúrias, e assim me formo hoje, certamente não muito diferente que tantos outros que por trás do discurso de ter uma educação libertadora foram tratados feito limões: foram selecionados, colhidos, cortados, espremidos, até ver que suco davam. . . Pena ter sido um limão que, sem um adoçante extra, é extremamente azedo. Contudo, por trás de muitas cicatrizes, e ainda algumas feridas lacerantes ainda abertas, tenho o privilégio de uma formação ética e humana.

A humanização é um assunto recorrente em nosso meio. Curioso, contudo, é discutir humanização onde a subjetividade marca tão fortemente o nosso cotidiano, fazendo com que cada um de nós, na faculdade, seja movido por um quase instinto de impessoalidade e egocentrismo.

Infelizmente, no meio acadêmico por onde passei, até que se prove o contrário, a sabedoria douta permanece soberana, ainda que o discurso seja o de uma educação democrática, que contempla a necessidade dos educando e suas formas de apropriação do saber. Esta é uma conduta que precisa ser revista, para que não sejamos alunos “another brick in the wall”.

O fim?

Termino aqui o meu relato e, junto com ele, minha graduação. Em termos gerais, não posso dizer que foi tempo perdido. Na verdade, levo comigo muito deste lugar que me serviu de casa, de abrigo, de refúgio, de lazer e de muito, muito trabalho.

Por muitos anos, fui ativista em movimentos políticos dentro de minha instituição e de minha Universidade; trabalhei arduamente por anos pelo movimento estudantil. Conheci diversos lugares do Brasil. Tive excelentes oportunidades de trabalhar em monitorias, estágios internos e iniciações científicas. Fui bolsista, viajei a congressos e simpósios. . . Serão certamente muitas as boas recordações.

Conheci muitas pessoas. Pessoas boas e pessoas ruins. Conquistei amizades e inimizades. Pessoas que ficaram e que não ficaram. . . Das que ficaram, certamente para algumas construí uma impressão ruim de questionador que infelizmente não pude desconstruir. Outras que ficaram e eternamente estarão comigo em meu coração, que dividiram certezas e incertezas, que me ergueram o escudo quando estive tombado, preste a ser transpassado pela espada.

Namorei e “desnamorei”. Encontrei o grande amor da minha vida, que me completa em todos os sentidos. Um amor a quem es-

pero dedicar-me integralmente, tal qual fiz por mim mesmo, estes anos todos. Um amor que soube ser construído durante o tempo, sem maiores expectativas, e que, de repente, amadureceu, na hora certa, do jeito certo, e que, agora, me faz sentir tão forte e capaz que posso superar traumas pessoais, doenças e desajustes que me tornaram, nos últimos tempos, uma pessoa meio amarga, igual àquele limão que tinha mencionado anteriormente.

Enfim, agradeço francamente àqueles que me ensinaram e àqueles que não ensinaram. Aos que ensinaram, por compartilhar seu saber, e por terem se tornado grandes amigos e mestres, em sua real acepção da palavra. Aos que não ensinaram, por me mostrar que eu podia ir além, que a faculdade não se esgota em si, e que se cada um, individualmente, não se formar, se conhecer e se saber, não será nada mais que outro no mundo, igual a tantos. É necessário que você se faça único, e essas pessoas me ensinaram isso. Obrigado por tudo!



RAPHAEL MENDONÇA GUIMARÃES, estudante de enfermagem.

O PRESENTE DE PAPAÍ NOEL

REBECA NUNES GUEDES

DURANTE O ÚLTIMO PERÍODO da minha graduação em En-fermagem, um dia de experiência me ensinou coisas que, durante o curso inteiro, não me foram passadas em aulas teóricas ou práticas. Em meu primeiro plantão na clínica médica do hospital universitário, durante o internato, fui escalada para ficar responsável por um paciente durante todo o período diurno. Escolhi chamá-lo de Papai Noel, pois, ao vê-lo, foi o que me veio à cabeça: um senhor barbudo, de cabelos brancos e olhar de homem bom.

Ele estava bem debilitado, tinha 59 anos, diabetes e seqüelas de AVE (Acidente Vascular Encefálico). Seu olhar era distante. Não conseguia andar, movimentar-se, nem falar e, por alguns momentos, parecia-me que não escutava ou não entendia nada do que lhe falavam. Sua irmã o acompanhava e o tratava com o carinho e a paciência de quem cuida de um bebê.

No decorrer do plantão, entre um procedimento e outro, eu observava Papai Noel e conversava com ele, mesmo parecendo não me ouvir. Porém, cada vez mais, meu coração apertava: como podia uma pessoa sofrer tanto? O único som que ouvi dele foi um grito de dor, quando o mudaram de posição, pois seu corpo estava tomado por escaras (feridas profundas que se formam por pressão ou irritação da pele, em doentes acamados por muito tempo), o que lhe causava dor à mínima movimentação.

Naquele momento, repensei todo o meu curso. Como eu estava despreparada para lidar com a dor e o sofrimento humano! Como me senti impotente diante daquela situação em que eu não podia fazer nada, a não ser pedir para que não o movimentassem mais, o que poderia agravar ainda mais a sua situação. Comecei, então, a me questionar se em situações como aquela era melhor se entregar ou lutar pela vida, quando ambas as opções causavam sofrimento e, ao final de tudo, a morte. . . Fiquei confusa ao me ver, quase uma profissional de saúde, pensando assim. Decidi deixar os meus pensamentos de lado e tentar fazer por aquele senhor o melhor para diminuir o seu sofrimento.

Ao final da manhã, eu e outra interna fomos acompanhar o meu paciente até o bloco cirúrgico para a realização de um debridamento de suas escaras (procedimento que retira o tecido necrosado). As internas de enfermagem, dentro do hospital universitário, são um pouco de tudo. Que bom que, naquela hora, fui maqueira! No caminho, ao olhar para ele, me assustei com a expressão de pânico em seu rosto. Ninguém havia lembrado de explicá-lo para onde estávamos indo. Então, paramos a maca e explicamos onde o levávamos e o que iria ser feito. Nessa hora, seu olhar, que antes era distante, se tornou atento e ele me escutava com a atenção de uma criança que ouve uma história muito interessante.

Chegando ao bloco cirúrgico, os cirurgiões vieram recebê-lo e, ali, ele não era mais Papai Noel, ele era “o paciente do debridamento”, não tinha nome, nem vida, nem história, apenas escaras para serem tratadas e uns olhos assustados que me olhavam pedindo socorro. Aproximei-me dele e disse quem eram os cirurgiões, tentei confortá-lo, dizendo que em algumas horas ele estaria de volta.

Ao retornar da cirurgia, após acordar, ele me olhava mais atento, parecia entender o que falávamos e aceitava bem a alimentação e medicações que lhe eram oferecidas. Seu rosto agora tinha uma expressão de conforto e a tarde foi tranqüila. Conversei mui-

to com Papai Noel, ele me ouvia atento e falava apenas com os olhos, antes de realizar qualquer procedimento eu o explicava e ele piscava os olhos como sinal de aceitação. Ao terminar o plantão, fui me despedir dele. Pedi a Deus que o abençoasse. Antes que eu saísse da enfermaria, me surpreendi quando ele movimentou o braço com muito esforço, acenou e sorriu.

Aquele foi um dos momentos mais gratificantes durante todo o meu curso. Aquele gesto, que superou sua capacidade física, sendo retirado com muito esforço do fundo de sua alma, foi um presente e um ensinamento que me mostrou o verdadeiro sentido de cuidar de alguém. A única coisa que fiz por ele naquele dia foi tratá-lo da maneira como gostaria de ser tratada se estivesse em seu lugar, e mesmo achando em alguns momentos que ele não compreendia nada, algo dentro de mim me levava cada vez mais a tratá-lo com atenção e respeito, colocando o afeto em tudo que eu fazia, desde as palavras pronunciadas até os procedimentos técnicos realizados. O sorriso de Papai Noel então veio mostrar-me que ele não estava distante, estava ali, sentindo e percebendo tudo ao seu redor, talvez com até mais sensibilidade que pessoas saudáveis. A expressão de um sorriso em um corpo de sofrimento ensinou-me que a sensibilidade tem ação terapêutica, até nos momentos em que nos sentimos mais fragilizados.

Essa situação fez-me questionar sobre o que nos leva muitas vezes a passar pelos Papais Noéis sem aproveitar seus ensinamentos. O que dificulta ao estudante estabelecer vínculos com os pacientes? O que leva profissionais de saúde a agirem como aqueles cirurgiões em um momento tão significativo para o paciente?

Desde criança, sempre me senti muito sensibilizada com a dor e o sofrimento alheios. Ao ingressar na Enfermagem, achei que essa característica mudaria, porém nada mudou. Talvez tenha até se intensificado, chegando a atrapalhar naqueles momentos que exigiam de mim a técnica profissional diante de situações que me traziam medo, o que me fez pensar muitas vezes que não estava no curso certo. Mas, no decorrer de minha trajetória acadêmica, atra-

vés das vivências e reflexões proporcionadas pelo contato com a população, através da participação em projetos de extensão e estágios, fui percebendo o quanto era importante a valorização dos sentimentos humanos.

As oportunidades de diálogo com a população mostravam-me cada vez mais que o envolvimento sensível do profissional de saúde com o paciente não diminui a eficácia de suas ações. Essa característica de emotividade da minha personalidade, que até há pouco tempo atrás eu percebia como fragilidade ou mesmo defeito, me trouxe um dos ensinamentos mais importantes da minha profissão, que foi confirmado através do presente que recebi de Papai Noel: devemos deixar que a sensibilidade e o amor estejam presentes em todas as nossas ações, nas quais devemos sempre nos colocar no lugar do outro.

Na vida acadêmica, aprendemos ou somos levados pelas circunstâncias a ser profissionais técnicos e não nos envolver emocionalmente. Mas o cuidar, que é inerente ao ser humano, inclui a dimensão afetiva, reprimida pela exigência do profissional frio e distante. É preciso redirecionar o discurso da formação acadêmica para inserir o cuidar, em todos os seus aspectos, na formação em saúde, para que sejam desenvolvidas relações mais humanizadas. Acredito que o primeiro passo para atingirmos esse caminho é o estímulo cada vez maior do contato direto do estudante com a população. Só através dele podemos nos sensibilizar e chegar mais perto de entender o ser humano na sua totalidade, sendo essa percepção essencial para uma compreensão maior de suas reais necessidades.

O cuidar efetivo implica a inter-relação de dimensões que podem incluir desde a técnica mais especializada até o simples olhar de afeto e carinho. Como seria diferente se todos os profissionais de saúde permitissem deixar-se levar pela sensibilidade em alguns momentos de suas ações terapêuticas para depois serem presenteados com o mesmo belo sorriso de reconhecimento e gratidão que, na minha vida acadêmica, veio mostrar-me estar certo aqui-

lo em que eu acreditava, apesar de isso não ser muito ressaltado na prática dentro dos serviços de saúde e da universidade.

Semanas após essa experiência, soube que Papai Noel havia falecido e, apesar de também ainda não ter aprendido a lidar com a morte (e acredito que jamais conseguirei aprender), senti-me aliviada, pois sei que ele agora está no céu, sorrindo e acenando sem esforços e que, durante um instante em sua vida aqui na Terra, pude fazê-lo sorrir.



REBECA NUNES GUEDES, estudante do mestrado de enfermagem da UFPB.

O DIÁRIO DE CAMPO

RENATA CRISTINA ARTHOU PEREIRA

COMO DE COSTUME, eu e minhas companheiras que participam comigo da equipe do projeto de extensão “Aprendendo e Ensinando com o Alto Simão”, nos encontramos em frente ao Corpo de Bombeiros para irmos à comunidade do Alto Simão, no bairro de Vila Isabel, município do Rio de Janeiro. Pelo menos uma vez na semana, encontramos-nos neste local e, na maioria das vezes, conseguimos pegar carona com os taxistas que trabalham em uma cooperativa localizada na rua de acesso para a comunidade. A tão esperada carona demorou um pouco a chegar, mas não nos arriscamos a subir a pé, já que a subida é íngreme e se torna muito cansativa quando o tempo está quente. Especialmente neste dia, tínhamos a sensação de que iríamos derreter. Estávamos no mês de setembro, em plena primavera. Era um dia lindo, com o céu azul, sem nenhuma nuvem e com o sol muito brilhante.

Um eixo de ação da nossa prática extensionista é realizar atividades educativas em saúde pública em oficinas, com grupos de interesse, ou seja, grupos etários, de gênero, etc., que de alguma forma demandam o interesse em participar dessas práticas. Tais atividades são relatadas em um diário de campo em que registramos nossas percepções e enfrentamentos no decorrer das visitas à comunidade.

O objetivo maior da visita era fazer entrevistas nas vilas Amarela e Verde para tentar finalizar uma pesquisa, com intuito de avaliar o projeto de extensão junto aos moradores.

Apesar de ser ocasião atípica na rotina de nosso projeto, tive vontade de registrar o que aconteceu, pois as entrevistas realizadas ultrapassaram muito o ato de obter respostas para perguntas. O simples ato de entrevistar transformou-se em momento rico de interação com pessoas que ainda não conhecia, em gostosas conversas.

Logo que chegamos, avistamos seu Mauro, presidente da associação de moradores. Estava na janela de sua casa e nos falou da visita à comunidade, dos alunos do primeiro período da graduação, que o convidaram para dar uma palestra na faculdade. Fiquei muito contente com a notícia, pois os alunos teriam oportunidade de conhecer a história e as lutas da comunidade, relatada por quem as faz. Na mesma hora pensei: é isso é que queremos, a participação da população nas salas das universidades interferindo diretamente na formação dos alunos. Ir de encontro ao que é quase senso comum sobre o “papel social” da extensão dentro das universidades. O objetivo principal da extensão não é fazer o papel social da universidade, já que esta deveria ser social no seu conjunto. A famosa tríade extensão, ensino e pesquisa tem de ser realizada pensando no público-alvo da universidade: a população. Hoje, tenho certeza de que na relação entre graduação e comunidade quem lucra mais é a graduação, principalmente quando esta relação tem construção de vínculos.

A primeira entrevista que realizei foi com uma senhora, D. Maria, avó da Camilinha, uma das integrantes do grupo de crianças da comunidade. Dona Maria recebeu-me muito bem em sua casa. Percebi que a entrevista não foi, digamos, tecnicamente positiva. Conversamos mais sobre amenidades do que sobre os tópicos da entrevista. O interesse de D. Maria era falar sobre sua vida, suas dificuldades, seus filhos e netos. E eu estava disposta e contente por poder ouvi-la.

Depois, fui à casa do senhor Francisco. Por engano, sempre que o cumprimentava chamava-o de senhor Antônio. Que gafé a minha. Entretanto, mesmo assim, ele me recebeu com muita simpatia. O senhor Francisco estava a ver televisão e, logo após entrar

em sua casa, descobri que ele já havia sido entrevistado alguns minutos antes por outro membro da equipe do projeto. No entanto, ele só me deixou sair de sua casa após mostrar-me as fotos de todos os seus familiares, que estavam expostas nas paredes da sala. Mais uma vez o objetivo original de minha visita não foi alcançado, porém conheci um pouco mais da vida do senhor Francisco. E, parece, também um pouco mais da vida daquela gente.

Continuando, fui à casa da D. Sônia, uma das moradoras da Vila Verde. Não a conhecia antes, como os outros. Logo que toquei a campainha da sua casa, ela pensou que era uma pessoa conhecida e, mesmo antes de abrir a porta, começou a falar comigo. Ao chegar à porta me viu e ficou um pouco envergonhada com o engano. No entanto, a situação serviu para quebrar o gelo entre nós. Ela me convidou para entrar e ofereceu um assento. Mais uma vez os resultados não eram formalmente positivos. Entretanto, as entrevistas, instrumentos pelos quais realizamos nossa avaliação, funcionaram de outra forma. Elas permitiram que eu estreitasse o vínculo com alguns membros da comunidade. Quando saí da casa da D. Sônia, estava contente e satisfeita. Havia acabado de conhecer mais uma pessoa daquela comunidade, tão receptiva que me fez sentir como se estivesse na casa de alguém próximo.

No final, toda a equipe, inclusive eu, foi para casa de Rita, moradora da comunidade e mãe da Nágilla. Como não tínhamos mais nenhum compromisso planejado, ficamos conversando um bom tempo com Rita e Nágilla. A partir da conversa descobrimos que Eduarda, uma ex-participante do grupo de adolescentes, fez sua festa de quinze anos, oportunidade na qual outras meninas que participavam do mesmo grupo foram damas de honra. Para elas, aquele dia foi emocionante. Interpretaram duas coreografias ensaiadas por Alisson, dançarino que trabalha com algumas adolescentes da comunidade. Foi um dia de princesa.

Em meio aos outros acontecimentos que ocorreram naquele dia, os quais não relatei, refleti como é proveitoso não apenas ter produção — em nosso caso, realizar as entrevistas previstas, ou a

oficina com o grupo de adolescentes — porém atestei que é valioso ter momentos de interação com as pessoas. Ouvir as histórias de vida dos moradores, os acontecimentos atuais que permeiam sua realidade, e observar não só as carências, mas também as virtudes e sonhos deles e poder assim fazer parte de seu cotidiano.

Mais uma vez, o paradigma que há muito tempo me acompanhou foi desfeito. Quando entrei para a faculdade já sabia o que queria: saúde pública, trabalhar diretamente com a população no Programa Saúde da Família. Depois vi na extensão uma possibilidade de chegar mais próximo da minha meta. No entanto, pensava que iria levar conhecimento para aquelas pessoas carentes, desprovidas de informações, que iria promover seu bem-estar como acadêmica de enfermagem e educadora em saúde.

Com o tempo, percebi que estava equivocada. A criação de vínculos de afetividade com aquelas pessoas me fez observar que tenho muito mais a receber do que dar, que preciso valorizar os espaços de escuta, saber ouvir “não” como resposta (mesmo tendo tudo planejado para aquele dia) e respeitar o movimento da comunidade, o que não é o mesmo de estar em um serviço de saúde esperando a fim de prestar assistência.

Além disso, como me disse um sábio educador: “para carentes, se dá o que já temos pronto”. Aprendi pela vivência a admirar mulheres e homens sem nenhum estudo, mas com grande experiência em liderança comunitária; pessoas que lutam por seus sonhos e têm visão ampliada da comunidade dentro de suas relações sociais.

Essas experiências vão deixar em mim marcas por toda vida. Nunca vou esquecer o impacto que trouxeram para meus conceitos prévios, construídos pelo senso comum, e fico feliz por isso. Quero estar na contramão do tradicional e ser uma educadora/educanda que sonha e realiza em conjunto.



O FUTURO PROFISSIONAL DA SAÚDE

RENATA CRISTINA ARTHOU PEREIRA

PRIMEIRA VEZ que eu estagiava na Emergência. Estava com tantas expectativas. Realmente temia o que iria acontecer no decorrer daquele dia. O hospital em questão, diziam ser um dos melhores hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, mesmo ainda possuindo algumas das carências conhecidas das instituições públicas de saúde: falta de material, número de vagas insuficiente para a demanda, poucos profissionais para atender com qualidade todos os internos, entre outras.

As enfermarias estavam abarrotadas, entre um leito e outro não havia espaço nem para uma pessoa passar. Além disso, outros esperavam no corredor, sentados ou em macas, por uma vaga na enfermaria.

Até aí, eu sabia que iria encontrar esse ambiente, porém viver nele foi muito estranho, na verdade, sentia-me muito incapaz diante de tantas dificuldades.

Em um certo momento, uma das internas recebeu alta e trouxeram para enfermaria uma senhora de mais ou menos oitenta anos, a D. Maria, com inanição severa. Diziam ter sido vítima de maus-tratos pela família. Eu olhei para aquela criatura e fui logo cuidar dela. Ofereci sua alimentação e improvisei um canudo com um pedaço de sonda. Era notório que aquela senhora não possuía forças para deglutir. Antes, observei que suas pernas e braços eram só pele e osso. Além disso, apresentavam algumas lesões na pele. Falei com ela e vi que estava desorientada. Enquanto oferecia o

mingau daquela senhora, tirei as luvas e acariciei a sua cabeça, passando as mãos entre seus cabelos.

Lembrava-me de algo que haviam me perguntado naquela semana, se o profissional de saúde obtinha alguma preparação especial a fim de conviver de tão perto com o sofrimento alheio, se nós poderíamos demonstrar dor, se nós poderíamos chorar. . .

E eu tive vontade de chorar naquele instante. Chorei sem que nenhuma lágrima escorresse pelo meu rosto e continuei acariciando aquela senhora e conversando com ela. Pensava que eu não queria perder esta sensibilidade, como não chorar, não ficar triste em um local caótico como aquele. Naquele momento, as respostas às minhas questões foram respondidas, não por discussões teóricas, mas por algo que vinha do meu coração.

Eu queria muito cuidar bem daquela senhora, ficar muito tempo ao seu lado, e ao lado de tantos outros que ali esperavam. Mas como, com tão poucos funcionários trabalhando?

Foi uma vivência experimentada num tempo bastante limitado. Precisei cuidar de outros pacientes. Mas meus pensamentos sofriram ainda a influência da emoção e das perguntas que afloraram no contato com aquela senhora. Há acontecimentos que estranhamente se tornam marcas que fundam um novo olhar.

Na verdade, pensei ainda mais sobre tudo que estava vivendo. Será que temos de trabalhar e prestar cuidados nestas condições? Depois da revolta inicial, a acomodação e a adaptação vêm tomando conta da gente com o tempo. É esta a solução melhor?

Quando estamos dentro do ambiente acadêmico discutindo sobre o cuidado humano, ou seja, sobre a essência da profissão que abracei, a enfermagem, tudo parece tão empolgante, fico conversando comigo mesma afirmando que era essa relação com o outro que eu procurava como profissional, era desse jeito que eu queria fazer diferença na vida dos outros.

É muito empolgante sentir-se capaz de oferecer uma assistência ao outro que vai muito além da técnica, que permite a criação de vínculos, considerando o que a pessoa é, não só um paciente,

seus medos, anseios, sua vida social, sua cultura, sua percepção de mundo e junto com ele estabelecer este cuidado. Após tais discussões, sinto-me imbuída de um poder de transformação, minhas idéias fervilham e sonho cada vez mais.

No entanto, o que ocorre quando estamos em campo e sentimos o peso da instituição em nossos ombros, cheia de regras, proibições e hierarquias tacanhas que chegam a assustar?

As pessoas, muitas vezes, consideram o trabalho do profissional de saúde como ação filantrópica, um favor, e por medo de perder sua assistência não reclamam. O profissional necessita do salário para sobreviver e se adapta. Eu, acadêmica, frustro-me por achar que no futuro estarei nesta posição, calo meu repúdio e tudo fica por isso mesmo.

A experiência desse dia me fez refletir como será minha conduta no futuro quando estiver formada, ao mesmo tempo que deixou-me esperançosa pela possibilidade de poder fazer parte de um grupo que pretende revolucionar o que existe. E o início estava ali, na mudança de atitude com relação ao meu posicionamento enquanto profissional de saúde. Este não possui o controle da situação, seu conhecimento acadêmico não o reveste de um poder que torne as pessoas assistidas em meros cumpridores de recomendações, sem ao menos considerar sua história de vida. É por demais valioso ser acolhido e saber acolher a pessoa como um todo, e para que isso ocorra é preciso deixar-se sensibilizar e agir com base em algo que a racionalidade não proporciona, que é a emoção.

O que estava velado

Desde que comecei a estagiar em hospitais, toda vez que saio de casa separo algumas horas para orar, conversar com Deus, e o que peço, de todo meu coração, é: “Pai, permita-me hoje ser usada como instrumento Seu, para abençoar a vida das pessoas que encontrarei naquele lugar. Que as minhas mãos sirvam de alívio e conforto e minhas palavras sejam bálsamos de alegria.”

Eu não quero ser uma simples acadêmica de enfermagem, eu quero aproveitar esta oportunidade que o estágio me dá para fazer diferença na vida daquelas pessoas, por intermédio da minha fé. Porque eu creio que o amor de Deus, que habita em mim, pode, de alguma forma, por alguns instantes, ser transformador para a vida daquelas pessoas.

Neste dia em especial, intercedi muito a Deus por aquela senhora, recitei o Salmo 91 para ela, mesmo sabendo que ela não compreendia muito minhas palavras. Para mim este é o melhor cuidado que eu poderia oferecer a alguém, porque os procedimentos e técnicas que realizamos sem amor são mortos. Qualquer pessoa com os mesmos conhecimentos faria em meu lugar, mas eu quero dar um propósito especial para os meus momentos de aprendizado no hospital e, depois, para minha vida profissional. O apóstolo Paulo, em uma de suas Cartas aos Coríntios, diz que: “Não importa o que eu diga creia ou faça, sem amor estou arruinado”.

Percebo, hoje, durante os poucos momentos que vivi na emergência, que os pequenos gestos de atenção amorosa para com as pessoas faz aflorar nelas um brilho especial no olhar, como se fosse uma fragrância de alívio. Foi o que eu percebi quando uma senhora que estava sentindo muita dor me pediu para ler um trecho da Bíblia e orar com ela; ou então quando a esposa de um senhor que estava desenganado pelo diagnóstico médico ficou muito tempo conversando comigo sobre a sua dor e de sua família; ou ainda quando eu orei com uma senhora que estava moribunda, com poucos dias de vida.

É difícil para os profissionais declarar estes aspectos da espiritualidade no seu dia-a-dia. Mas como não considerá-los se, para mim, eles permeiam as minhas atitudes e o modo como me relaciono com as outras pessoas? Na verdade, até há pouco tempo temia falar sobre as experiências que a comunhão com Deus permitiam. O que vivencio através da minha fé, em crer na existência de Deus e no Seu amor por nós, renova minha alegria e o

prazer de servir através do cuidar, o que permite que eu seja mais humilde, tenha mansidão e consiga ouvir, mais do que dar orientações. O que deixa profundas marcas no meu coração. Então, por que não falar sobre o que está oculto, mas que é a motivação do meu cuidar?



RENATA CRISTINA ARTHOU PEREIRA, estudante de enfermagem da Uerj.

DIA DE CONTAR HISTÓRIA

ROBERTO PIAUÍ

O MOVIMENTO ESTUDANTIL é um livro aberto para te oferecer um mundo de acontecimentos imprevisíveis. Quem dele participa sabe que, de um grupo de poucos amigos, pode surgir uma revolta e, quem sabe, uma revolução. Que, da soma de vontade, ideologia e união, pode ser escrita a História.

Mais um período de greve universitária se aproximava. De novo aquele sentimento de tempo a ser perdido pairava no pensamento da maioria dos estudantes. Na maioria. Diferentemente de outras oportunidades, brotava na mente de alguns indivíduos, poucos até então, a ânsia de fazer o novo. Agitava um sentimento de algo a conquistar. Parecia-lhes uma oportunidade ímpar de reivindicar coisas novas, além de consertar o errado. Surgia a vontade de, dessa vez, construir, ao invés de parar. De buscar, ao invés de sentar. Mas era apenas um começo.

Quem gosta de História se entusiasma durante a leitura de uma passagem com a qual se identifica. Há uma tendência de você se transportar para lá, como que participante do que pode mudar o mundo. Você espera que, no seu presente, ocorra a mudança da História. E sonha em, quem sabe, ser motorista dela, como bem dizia Karl Marx.

O movimento estudantil brasileiro havia feito História, durante a Ditadura Militar. Resolveu lutar pela liberdade, para salvar seu futuro e o futuro do seu país. Mas há tempos ele se encontrava adormecido. Faltava-lhe motivos para acordar. E faltava a união de seus lutadores.

O mês de julho de 2004 foi testemunha do acordar, do renascimento do movimento estudantil na UFPB. A Paraíba, de repente, viu o que alguns poucos idealistas eram capazes de fazer. De uma reunião para várias, de uma comissão para um comitê, de dez para sessenta, de sessenta para seiscentos. Foi um pulo. A Universidade Pública precisava ser salva. Estava pedindo socorro há tempos. Quando já se encontrava em coma, seus mais numerosos atores, os estudantes, resolveram se unir em uma corrente há muito não vista. Os mais *teólogos* (ou teóricos), os militantes, os “pelegos”, todos de mãos dadas para desafiar o sistema.

Juntos, os estudantes se constituíram em assembléia. Os gritos de guerra do movimento estudantil voltaram à tona. E eles ecoavam em meus ouvidos, pois sou um dos que apreciam a História e sonhava em fazê-la um dia. Transporteimei-me para aquelas décadas da repressão, quando a ideologia era a mola-mestra de todos nós. Mais à frente, iríamos para as ruas, todos pintados e realizados. Fechariamos os portões da nossa querida casa, para aglutinar e fortalecer um lindo movimento.

A quarta-feira do dia 21 de abril foi, sim, histórica. Porque unir 1.300 estudantes em prol de uma mesma causa não é fácil. Porque fazer todos gritarem suas ideologias juntos é histórico. Porque enfrentar o sistema que procura se desfazer da nossa escola é histórico. Porque fazer você se sentir num filme em preto-e-branco é sim, histórico. Daí em diante, as conquistas vêm a galope.

Um, dois, três. Quatro, cinco, mil. Está ressuscitado o Movimento Estudantil.

Numa universidade em que a competição por ter as melhores notas e a maior valorização pelos grandes mestres está sempre reforçando o individualismo, é marcante a experiência de ser parte de um coletivo que tem vida própria e é capaz de ações que surpreendem pela força de transformação. Muitos estudantes referem-se a experiências deste tipo como semelhantes a um orgasmo. Mais do que ensinamentos que valorizem a ação coletiva, o que transforma é experimentar

afetivamente esta situação de um no todo e o todo em si, bem como a densidade de sua criação e a nova perspectiva de vida pessoal e social que gera. O movimento estudantil e as suas lutas podem ser espaço importantíssimo desta experiência ressignificadora do existir. Nas suas ações, disputas, frustrações e conquistas, ele é um grande espaço de treinamento do estudante como ator social.

— EYMARD



ROBERTO PIAUÍ, estudante de medicina da UFPB.

PRECISA DE MÉDICO?

ROBERTO PIAUÍ

É INCRÍVEL COMO O SER HUMANO muda suas expectativas após provar o sabor de novas experiências. O medo de conhecer o desconhecido e a angústia de pisar em terrenos nunca dantes trilhados nos fazem medir cada movimento. É quando reconhecemos que muitas vezes nossa mente nos torna limitados, e, ao mesmo tempo, reconhecemos que muitas coisas boas podem ocorrer quando estamos abertos a novos horizontes.

Por que tratar disso, assim, agora? Porque aqui estamos para tratar de experiências. . . e foi isso que senti na primeira semana da minha morada em João Pessoa (PB). Acabava de começar uma nova vida, em uma nova cidade, iniciando um curso difícil e, até aquele momento, muito desafiador. Vinha de Teresina, Piauí, deixando minha família distante. Desafiador, porque até então não entendia muito o tamanho da minha importância para a sociedade através da Medicina, nem sabia o efeito que a própria poderia me trazer dali em diante. Melhor, passados os dias iniciais da minha vida de calouro, aquele médico que deveria viver dentro de mim não aflorava, e a angústia de saber o que eu estava fazendo ali ia me consumindo.

Segundo dia de curso. Era uma quinta-feira (me recordo, dia 26 de abril de 2001). Aquele conjunto de espíritos e inquietações fora convidado a conhecer algo que chamavam Projeto, e de Extensão. Nome pomposo. Deveria ser algo legal. Fomos lá levados por iniciativa de outros estudantes. Não havia professores naque-

la visita. Durante o trajeto, fui pensando no que aquele passeio na periferia afinal tinha de tão interessante para aqueles calouros. Os mais experientes falavam muita coisa sobre responsabilidade social, mas era difícil encaixar no meu imaginário. Na chegada, uma casa simples nos aguardava, e era impossível não reparar nos olhos das pessoas, curiosas, mas que nos pareciam conhecer há séculos.

Fomos separados. Observava aquela pobreza, sentindo-me estranho, sentido-me como que responsável. Fui deixado no casebre de uma velhinha simpática e mal sabia que ela iria mudar minha trajetória. Foi inesquecível. Guardo cada sopro de idéias trocadas. De repente, via-me interessado em salvar aquela pobre senhora de sua Hipertensão. Só não esperava me sentir tão faminto por querer mudar seus hábitos, convencê-la de algumas verdades, e sobretudo estar provocado a prosseguir com aquilo. Queria trocar experiências com ela, com a família, a qual, de repente, deu-me ares de doutor. Pronto. Aquele médico tão procurado apareceu. E queria mais.

Só bastaram dois dias para o retorno ao local. A descoberta de meu valor para pessoas jamais imaginadas ajudou a catalisar energias para ganhar em conhecimento e vontade. Na expectativa e no significado que eu tinha para aquelas pessoas foi desenhando-se o meu perfil de doutor. De repente e mais que de repente, queria tornar-me um lutador, e dali em diante aprendi o significado de agente transformador do social. É preciso estar pronto para aceitar ser transformado, antes de aprender a cercar o mundo.

Ah... aprendi o que é Extensão, afinal. Mais que isso. Aprendi, de verdade, que, de onde menos esperamos, pode brotar a energia vital que abrirá nossos olhos para descobrir nossas vocações. Não precisava ser médico. Bastava ser eu.



CRÔNICA POR UM SENTIDO

RODRIGO CAPRIO LEITE DE CASTRO

LEMBRO-ME QUE NO INÍCIO DA FACULDADE, quando comecei a conhecer o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, eu já sentia que alguma coisa muito importante não estava prevista no currículo. Seguiu a reta do proposto pelo curso de medicina com a sensação de existir algo sobre o qual não se falava e que às vezes soava como segredo.

Com esta sensação, ia conhecendo o caminho por onde passavam os estudantes de medicina. Sentia o caminho como um percurso já marcado e enrijecido, que era colorido pelas histórias das pessoas que conhecia nas enfermarias. No segundo ano fui entrevistar uma senhora que estava internada para investigar uma alteração encontrada em hemograma de rotina. Ela estava bastante abatida e muito preocupada, começou a chorar quando falou no medo que tinha que se confirmasse uma doença maligna. Eu estava sentado, no lado da sua cama, e a escutava. Contou-me a história de doença na sua família e as perdas que sofrera no ano que passava. Neste momento, ela segurou a minha mão, aproximou-a do seu peito e pediu-me para que a ajudasse. Aquela era a primeira vez que uma paciente segurava a minha mão e me pedia ajuda. Naquele momento fiquei ansioso, não sabia o que fazer para ajudá-la e também se podia fazê-lo. Passei a visitá-la diariamente, conversávamos muito, contava-me a história do seu casamento, do seu filho e de sua neta e a história de quando era professora e de quando aprendera a tocar piano. Não consegui en-

caixar o que ela me contava no roteiro de entrevista clínica ensinada pelos professores. Será que faltava algum item neste roteiro? Ou será que existia um segundo roteiro, que, ao contrário do primeiro, seguia a história de vida? O que acontecera e o que eu havia sentido me ocuparam por algum tempo. Não consegui conversar sobre isto em nenhum espaço da faculdade, mas fiquei muito feliz quando se afastou a possibilidade de doença maligna naquela senhora.

O curso seguia e acompanhava-me, em intensidade crescente, aquela sensação de espaço vazio de um não-preenchimento de algo. Esta percepção alimentava-se do dia-a-dia no hospital e isto ia pensando enormemente.

No terceiro ano acompanhei uma mulher jovem com neoplasia de mama internada para tratamento quimioterápico. Fui conhecendo-a aos poucos, conhecendo a sua história e as suas impressões sobre a doença. Conheci, à medida que iam visitá-la, seus pais, o marido, os filhos e os familiares distantes. Ficava imaginando a sua casa e o lugar onde morava quando ela me descrevia e, depois, me convidava para visitá-la, quando tudo acabasse. Falava-me sobre a sua trajetória pelo Sistema de Saúde e, em um dia, me disse que eu não fazia idéia de como funcionavam as coisas no lado de fora do hospital e nem imaginava as dificuldades pelas quais passava a comunidade onde morava. Disse-me que eu precisava sair do hospital e que muita coisa precisava ser feita no lado de fora. Aquela era a primeira vez que alguém me dizia para olhar para fora, me pedia um olhar diferente. Será que eu sentiria aquela sensação de algo não preenchido no lado de fora do hospital? Continuei acompanhando-a e comemoramos juntos a notícia da alta hospitalar com o final do tratamento quimioterápico.

Durante o estágio em pediatria conheci e acompanhei um menino de quatro anos com paralisia cerebral que tratava uma infecção respiratória. Conversei bastante com sua mãe durante o tempo em que o menino ficou internado. Em um dia ela começou a

me falar sobre o que pensava do que acontecera com o filho, de como aquilo mudou o seu jeito de pensar as coisas, do quanto ela se dedicava ao seu cuidado e da esperança que não se apagava. Eu a escutava emocionado e enchia-me de uma sensação da beleza da vida, despertada por aquilo que ela me dizia.

Naquele mesmo dia fui conversar com o professor responsável pelo caso. Ele me fez quatro perguntas sobre aspectos biológicos de sua doença, disse-me que o menino evoluía bem e passou a revisar o prontuário de um outro paciente. Não era isto, ou somente isto, que precisava ser conversado. Eu sentia a vontade de falar o que a mãe do menino estava sentindo e também conversar sobre o que eu senti naquele momento. Como se formam as relações de poder entre os professores e os alunos dentro da Faculdade de Medicina e em que se sustentam? De que maneira estas mesmas relações de poder estabelecidas dificultavam as mudanças que eu percebia como necessárias? Comecei a pensar nos outros espaços hospitalares, os ambulatórios, as emergências, a internação psiquiátrica, a unidade de tratamento intensivo e as enfermarias. Mas ia também crescendo, com as imagens e as lembranças de vivências realizadas nestes locais, a impressão de que algo se repetia em todos os cenários.

Como você se sentiu? Como você se sente? Estas perguntas eram diferentes das dos roteiros de entrevista clínica que buscavam saber com o que se sente, os sinais de dimensões biológicas das doenças dos pacientes. Estas perguntas traziam sentimento e vida. Falta vida no currículo da Faculdade de Medicina? Por onde anda a subjetividade expulsa dos livros pelas verdades científicas? O que se sente é que era o não previsto no currículo, era o que se sente e se guarda e não se conversa o que soava como segredo. Era a vida o que eu precisava buscar fora do hospital, precisava buscá-la estando mais próximo das famílias e das comunidades, precisava buscá-la no cotidiano das pessoas.

As vivências surgidas a partir do contato com a vida das pessoas e com as necessidades de saúde constituíram um processo de

se sentir parte de uma equipe de saúde. Sentia que precisava estar somando outros olhares ao que eu aprendera na faculdade. Que outros olhares faltaram no currículo de medicina?



RODRIGO CAPRIO LEITE DE CASTRO, médico formado na UFRGS e residente em medicina de família e comunidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Porto Alegre.

UMA HISTÓRIA

RODRIGO GONÇALVES FERNANDES

ERA UMA VEZ uma gente insatisfeita que estudava na Uerj. Essa gente não tinha nada de muito diferente com relação a um monte de outras pessoas que também estudavam, estudam e ainda vão estudar na Uerj. Ninguém sabe ao certo até hoje como essas pessoas se encontraram, mas uma vez que isso aconteceu, elas gostaram de estar juntas. Quer dizer, achamos que gostaram, porque começaram a inventar um monte de pretextos para continuar se encontrando cada vez mais vezes. Um dos pretextos foi o *Alunos na Praça*, espaço de convergências, de confluências e de convivências, apesar das diferenças. E já que estavam juntas, perguntavam-se por que tudo andava tão separado: o professor e o aluno, a teoria e a prática, a universidade e a sociedade, o sonho e a realidade, a fome e a comida, a ciência e a arte, a razão e a sensibilidade. Tinha tanto muro por toda parte, que aquela gente resolveu pular o muro da universidade e foi cair na praça. Mas para fazer o quê?

Bom, só de ir já teria valido a viagem. E o que eles queriam mesmo era conversar com aquelas pessoas que transitavam na praça, falar das coisas que ouviam na sala de aula e, principalmente, ouvir. O que as mulheres tinham a dizer, o que os idosos achavam da vida e da morte, qual era “o lance” da adolescência, de que brincavam as crianças. . . Sabem quando a gente vira pra alguém e comenta: “O tempo está esquisito hoje. . .”? Pois é, para quebrar o gelo e puxar assunto, os estudante falavam de questões de saúde.

Cabe lembrar que os estudantes que deram origem ao *Alunos na Praça* enxergavam o tema *saúde* como um ponto de convergência importante, já que eram dos cursos de psicologia, medicina e enfermagem. Para aquelas pessoas da praça, saúde era um milhão de coisas. Era tanta coisa, que no fim era tudo, era a própria vida. E para ouvir tanta coisa não dava para ficar com aqueles velhos ouvidos que só escutam doenças. Foi por isso que desde o início aqueles estudantes se dividiram em quatro equipes: Núcleo Criança, Núcleo Adolescente, Núcleo Mulher e Núcleo Idoso, tentando desenvolver um trabalho centrado nas pessoas e não nas doenças. Através do teatro de rua, as mulheres diziam a que vinham. Os idosos, em grupo, discutiam o envelhecer, suas angústias, seus anseios. Os adolescentes, jogando com questões de sexualidade, mostravam outras dimensões de suas vidas. E as crianças. . . sempre com seus convites irresistíveis a adentrar seus mundos brincantes encantados. E nesse universo extramuros universitários, esses estudantes perceberam que o saber das pessoas da praça estava separado do saber da academia, da sala de aula.

E quando a gente resolve fazer alguma coisa, logo percebe que tem outras pessoas fazendo coisas parecidas. E tinha. E chamavam esse tipo de coisas de *Educação Popular em Saúde*. Mas sabe como é, nem tudo que se parece é igual, e ainda assim a gente usa o mesmo nome para chamar. Na universidade, por exemplo, dava a impressão que o *Alunos na Praça* era um Projeto de Extensão Universitária. Mas não era. Não tinham um professor coordenador. Sem professor coordenador nada feito, pode ser tudo menos extensão universitária.

Foi mais ou menos nessa altura que aquela gente insatisfeita se deu conta de que pular para fora do muro da universidade podia ser difícil, mas pular para dentro era mais ainda. E é nessas horas que dá aquela vontade enorme de sair correndo da universidade. Mas o *Alunos na Praça* não saiu correndo, resolveu cismar que a Uerj era o seu lugar. Percebendo que todo muro tem seus poros, brechas e fissuras, o *Alunos na Praça* decidiu habitar nessa interfa-

ce: o professor e o aluno = diálogo, a teoria e a prática = pesquisa-ação, a universidade e a sociedade = compromisso, o sonho e a realidade = coragem, a fome e a comida = partilha, a ciência e a arte = cultura, a razão e a sensibilidade = homem.

E aquela gente insatisfeita nos contou essa história, e agora ela faz parte de nós e nós fazemos parte dela. Pois essa história não acaba com “e eles foram felizes para sempre. . .”. Ela não tem fim. Não acabou.



RODRIGO GONÇALVES FERNANDES, estudante de psicologia da Uerj e ex-estudante de medicina da mesma universidade.

QUEIXADINHA — DO LADO DE LÁ DO MUNDO

ROSÂNGELA TEIXEIRA

O POVOADO É, como diziam os antigos, uma currutela. Queixadinha, com aproximadamente quinhentos habitantes, fica bem distante de Belo Horizonte e a uns 140 quilômetros de Teófilo Otôni. Pertence ao município de Caraí, uma pequena cidade pouco habitada que recebe estudantes do internato rural da Faculdade de Medicina da UFMG.

Queixadinha foi o local escolhido para realização de um trabalho científico com a finalidade de examinar toda a população e avaliar a morbidade da esquistossomose. Em parceria com a Sucam, hoje Funasa, e com apoio da Faculdade de Medicina da UFMG, foram convocados diversos técnicos e motoristas. Eu, dentre outros estudantes do curso de pós-graduação em medicina tropical, participei de algumas expedições, nos anos 1990, coordenadas pelo professor Lambertucci.

E assim fomos diversas vezes para Queixadinha: com coragem e motivação. Afinal, seria uma oportunidade de estarmos juntos, colegas e amigos, experimentando uma convivência inusitada e um trabalho desafiador num lugar desconhecido.

Em nossa primeira viagem, partimos cedinho num carro cedido pela Faculdade de Medicina, rumo a Governador Valadares, numa manhã de junho, muito azul e fresca, e prosseguimos animados e confiantes para Queixadinha. Chegamos já tarde da noite em Caraí, depois de atravessarmos o morro do Sapo, com suas curvas estreitas e escorregadias.

O primeiro dia em Queixadinha foi uma correria só. O local de trabalho seria no grupo escolar, no centro do povoado. Era uma construção muito simples, que ficava num morro de onde se avistava grande parte do lugarejo, as casinhas lá em baixo na beira do córrego e o vale circundado pelos morros encobertos pela névoa branca das manhãs de junho.

Uma sala de aula pequena serviu como consultório improvisado para a realização de exames de ultra-som, onde o ultra-sonografista da equipe se acomodou em uma das cadeirinhas de estudantes. No *hall* da escola, arrumamos as carteiras para servirem de mesas para o nosso trabalho e deixamos duas salas para os exames físicos, pois na escola só havia quatro pequenas salas de aula. O Sr. Tião vinha de Montes Claros para preparar as lâminas dos exames de fezes pelo método de Kato-Katz, sempre trazendo uma boa cachaça de presente para nós. Ele se ajeitava num local improvisado fora da escola, debaixo das árvores, e preparava cuidadosamente todo o material a ser analisado, durante todos os dias, com uma dedicação impressionante.

Começaram a chegar os moradores do povoado, depois de caminhar léguas, muitos descalços, outros com sandálias, vestidos com o melhor que tinham. Vinham trazendo latinhas com fezes e urina. Com olhar curioso e desconfiado, as pessoas respondiam ao nosso questionário e depois passavam pelo exame físico e pelo ultra-som abdominal.

Todas as pessoas eram muito simples e magras, não me recorde de nenhuma que fosse obesa. As mulheres usavam vestidos curtos e coloridos deixando à mostra as pernas muito finas. Tímidas, com um mar de tristeza nos olhos, denotando sofrimento crônico, chamavam a atenção pelas respostas monossilábicas às nossas perguntas.

As crianças agrupavam-se em um bando de desnutridos e barregudos. Muitas apresentavam impetigos disseminados, obrigando-nos a perder o medo de aplicar Benzetacil num lugar daqueles. As histórias de crianças alcoolizadas nos deixavam perplexos. Sou-

bemos pelas próprias mães que elas acrescentavam cachaça nas mamadeiras para que as crianças “apagassem”. Assim, elas poderiam sair para plantar a lavoura da subsistência. E os pais delas? Muitos foram para São Paulo, em busca de emprego, deixando esperanças e sonhos de uma vida melhor para as mulheres e crianças, quando voltassem de lá com dinheiro no bolso. Mas isso quase nunca acontecia, eles ficavam por lá, constituíam nova família, e nunca mais davam notícias.

As dificuldades de compreensão da nossa linguagem logo apareceram e tivemos de abandonar o vocabulário de médicos da cidade. Íamos pouco a pouco aprendendo a linguagem do povo, perguntando se tinham câimbras de sangue ao invés de disenteria e se atravessavam “córgo”, em vez de córrego.

À medida que examinávamos as pessoas em busca de hepatoesplenomegalia, encontrávamos muitas outras doenças e, é claro, não havia recursos para diagnosticá-las corretamente. Em algumas ocasiões, a suspeita clínica de pneumonia era confirmada pelo ultra-som; também cardiopatias eram examinadas ao ultra-som. Uma senhora caquética, com uma massa abdominal, saiu de lá com diagnóstico de câncer gástrico. Havia muitas crianças com deficiência física e mental. Algumas mulheres contavam histórias chocantes de abuso sexual infantil. O cenário era de alcoolismo, desnutrição, dor de dentes, doenças de pele, diarréia e muitos outros sofrimentos.

Não raramente o Ludgero, o “soldado” da Funasa que fazia o mapeamento dos barracos e dos moradores, chegava de seu trabalho de campo com notícias de pessoas que não poderiam ir ao nosso “posto de saúde” por razões diversas — doenças, velhice, distância muito longa, morro pra subir, etc. Então, alguns de nós nos aventurávamos, junto com ele, a ir até lá. Muitas vezes era difícil descer os morros, mas o Ludgero nos ensinava a andar apoiando os calcanhares no chão, e assim dava certo, eu perdia o medo e descia morro abaixo com a minha câmara fotográfica dependurada. A Silvana esticava uma esteira no chão, debaixo de árvores, e

era ali que a gente examinava as pessoas e colhia o sangue para exames.

São cenas que não saem da memória. Visitamos um barraco de adobe, muito longe dali, de uma sala só, sem janelas, muito escuro, onde moravam umas quatro pessoas que dormiam no chão. Havia um cheiro tão ruim que não saiu do nariz até hoje. Porcos e galinhas entravam na casa sem cerimônia e dividiam o mesmo teto com os moradores. Um outro barraco ficava junto de um alagado, que um senhor muito idoso atravessava lentamente apoiado à cerca de pau, com suas pernas já fracas e desobedientes. Ali ele plantava arroz, alimentava porcos, fazia comida, lavava roupa. Aquela era também a água de beber. E noutro lado, de fora de um barraco, havia uma criança que jamais vou esquecer. Era um menino trajando um vestidinho listrado surrado, sentado sozinho no chão batido, muito edemaciado, cheio de moscas rondando a sua cabeçinha. Eu fotografei esta criança, símbolo do trabalho de Queixadinha. Soubemos depois que o menino faleceu de kwashiorkor. Posteriormente visitei a senhora com o possível câncer gástrico, mas a filha nos disse que ela morreria logo depois.

O Ludgero é uma pessoa espetacular. Com sua memória perfeita, sabia o nome de todos os moradores de Queixadinha. Dedicado, conhecia todos e sabia de muitas das suas histórias. Ele nunca negava ajuda, dava caronas na caminhonete da Sucam e mergulhava no sofrimento daquela gente. Não havia distância nem tempo ruim. Ele descia aqueles morros com destreza, tinha mil casos para contar, uma capacidade enorme de elaborar metáforas, de tudo entendia. Era um homem simples, que estava acostumado com o povo e sua língua, conhecia as estações, as plantações e os passarinhos. Junto com os colegas, trabalhávamos pesado até por volta de meio-dia, hora de parar e descer o morro para ir almoçar na casa do seu Joãozinho, a mais chique de Queixadinha. A mulher dele, D. Maria, preparava uma comida saborosa, e os doces caseiros com requeijão moreno nos faziam ganhar uns quilos em todas as viagens. Éramos cordialmente recebidos pela família. A

casa tinha um quintal grande onde os netos brincavam livremente, havia deliciosas mexericas e laranjas e uma varanda onde o pessoal da Sucam gostava de contar casos e descansar. Havia também a venda do seu Joãozinho ao lado da casa, que tinha de tudo, inclusive boa cachaça e sandálias havaianas.

O trabalho prosseguia. Chegou então a hora de medicar as pessoas com exames de fezes positivos para esquistossomose. A dose do Mansil era calculada pelo peso e elas tomavam o remédio em seguida, permanecendo no posto por algumas horas em razão dos possíveis efeitos colaterais. As fortes tonteadas causadas pelo Mansil surgiam pouco tempo depois e então elas se deitavam no gramado em frente ao posto, debaixo das árvores, até melhorarem pra voltar para casa. O cenário impressionava — toda aquela gente deitada ali, passando mal ou esperando o mal chegar.

Já era noite quando a gente ia embora na caminhonete da Sucam. Gostávamos de viajar na carroceria e, naquelas noites estreladas, íamos cantando pela estrada afora.

Estávamos distante das nossas famílias, mas nos sentíamos em casa. Dormíamos numa casa em Caraiá, do internato rural, muito boa, acomodados em três quartos e na sala de visitas. Depois do banho à noite, sentávamos pra contar casos e rir do Zé Bernardes, que inventou uma levitação misteriosa, mas que funcionava. Era engraçado e nunca entendi como o Zé fazia aquilo. Depois, íamos para o bar do Lau e para a pracinha que ficava em frente, onde, junto com os moradores, assistíamos ao jornal das oito na televisão pública.

E assim foram outras vezes. Quando voltávamos a Queixadinha éramos informados pelo Ludgero e seu Joãozinho dos que haviam morrido, dos que foram embora para São Paulo, dos que nasceram. Era sempre bom voltar a Queixadinha e começar tudo de novo.

Aquela realidade deixou marcas profundas na minha formação. É por isso que as escrevo. Mais importante do que ter sofrido com uma neurocisticercose que adquiri lá, Queixadinha foi uma

aventura motivada pela pesquisa acadêmica mas que, ainda hoje, passados mais de dez anos, me faz pensar sobre a vida e o nosso papel como expectadores da precariedade das famílias brasileiras que conhecemos em circunstâncias “científicas” como aquela.

Fica difícil responder, com palavras, que tipo de vida é aquela, se é vida aquela vida. A paisagem de Queixadinha com sua realidade social vagando entre a miséria, a doença, a dor, o desconforto, a fome e a injustiça, nos remete ao imponderável do sofrimento humano e nos faz crer que a vida dessa gente precisa ser outra, uma marcha noutra direção. Seríamos nós responsáveis pela criação de um mundo novo, pela revelação de uma outra vida profundamente mais justa, humana e digna? Poderíamos desejar uma Queixadinha do lado de cá do mundo, de terras fecundas e gente sadia, uma vida para se viver sem castigos? O quanto de ação social e política deveríamos buscar? A experiência de Queixadinha, revelou sem intenção um outro aspecto da pesquisa científica, não descrito nas teses, sem discussões nem conclusões. Assim, Queixadinha tornou-se um desafio maior, não resolvido pela ciência e nem no meu coração. Uma inquietação.



ROSÂNGELA TEIXEIRA, ex-aluna de pós-graduação em medicina tropical e professora da UFMG.

E AGORA?

VANESSA DE ARAÚJO XISTO

“ . . . a noite esfriou,
o dia não veio,
o bonde não veio,
o riso não veio,
não veio a utopia
e tudo acabou
e tudo fugiu
e tudo mofou,
e agora, José? ”

— CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE

OMUNDO DA PSICOLOGIA é um mundo encantado. As pessoas são encantadoras, a profissão é encantadora; e você, claro, quer ser também uma dessas pessoas encantadoras. . . um encantador. . . é um mundo fantástico e você não acredita ter entrado ali. Será um mundo de fantasia? Cheio de castelos com seus muros enormes e pontes elevadiças? Reis e rainhas cheios de poder. . . príncipes e princesas isolados sem se conhecer. . .

Existe um sentimento ao entrar na faculdade que foge às palavras. É algo tão forte que você consegue até ouvir: “tudo vai dar certo”. É uma voz, que te dá confiança para seguir em frente e enfrentar o desafio que se apresenta. E aí é que começa nossa caminhada.

No princípio, te perguntam toda hora, a cada momento, o que você acha das aulas. E você: “legal”. Esse “legal” é assim meio amarelo, meio sem gosto, meio apagado. Nada te vem à cabeça. Você puxa pela memória um pouco das aulas, e lembra que sua turma

olha atentamente o professor. O silêncio é tal dentro de sala de aula que até mesmo este fica constrangido. Por um momento pára de ler o livro e olha para a turma depois de transcorridos setenta dos noventa minutos da aula. Pergunta: “alguma dúvida?” Nenhuma resposta. Silêncio total. . . novo constrangimento. As aulas à noite exibem quarenta rostos sonolentos abaixo da luz branca e fria, e do ventilador quebrado. Algumas pessoas se abanam lentamente com panfletos que em algum momento já anunciaram uma greve, porque é final do ano, do primeiro ano, e o calor é insuportável.

Mas você está destinado a ser um encantador, e seu encantamento te permite uma esperança sem limites. Então, a certeza de que o próximo ano será melhor tem início. (Porque faltou alguma coisa e você sabe disso, só não sabe ainda dizer o que é — ou até sabe. . . mas não quer admitir para si mesmo.) No segundo ano, com um pouco mais de experiência, você começa a procurar por aquilo que ainda não sabe o que é. E com o decorrer das aulas um certo sentimento começa a tomar conta. Ele te move em algumas direções e, quando vê, já possui opiniões a respeito de determinado assunto. Como estuda muito, já se sente capaz de proferir algumas “considerações”. Sente que isso não acontece só com você. Seus colegas também conseguem, e os rostos que antes exibiam uma certa sonolência, hoje exibem um misto desta com uma sensação de alívio. Alguns finalmente acharam o que vieram buscar. Mas para você ainda permanece obscuro. Eis então que em determinados momentos você consegue perceber um sorriso tímido que teima em sair de seu rosto. Olha para o lado, algumas pessoas também sorriem, enquanto o professor fala. O sorriso que teima em abrir combina perfeitamente com a luz dos olhos que insistem em fotografar aquelas palavras, para que elas jamais sejam esquecidas. Então finalmente você descobre o que está faltando.

Vida. Como fazer brotar vida das paredes de concreto da faculdade? Da universidade? Onde ela é produzida? As paredes de concreto discursam sobre quem você é. Estou no meu castelo e ele diz: você é. O que você é? Afinal, do que somos feitos? Quando você

olha o outro, o que é que vê? Você deve olhar o outro. . . ser guardião dessa subjetividade, dizem os professores! Decifrador desse íntimo?! Olho para frente e vejo o longo corredor, de teto alto, imponente e concreto cru. . . a imagem que construí de mim e da Psicologia não se reflete em praticamente lugar algum. Você consegue se ver? Consegue ver o que elas produzem em você?!

O que é que faz quando descobre o que foi feito de você? O que é que se faz quando descobre que chegou na metade do caminho, e que não está preparado para enfrentar um décimo da complexidade da vida humana que está prestes a ser-lhe confiada, através de uma atividade curricular que finalmente se aproxima, depois de três longos anos sendo obrigado a entender a teoria dissociada da prática?

E em algum momento tudo parece perder sentido. As sensações ficam misturadas, embaçadas, como nossos olhos quando estão cheios de lágrimas. A imagem que antes havia construído da psicologia, e de mim, dilui-se num emaranhado de forças. Eu quero estar aqui, eu queria estar aqui e eu estou. E aí? Entrei no meu mundo encantado, e agora?

Suas lutas contra moinhos de vento, suas aventuras para além dos muros do castelo viraram pequenas histórias de cavaleiros que do alto de seus cavalos brancos enlouqueceram em busca de algo que há muito foi perdido — a vida, que existe além dos muros desse castelo. O que é que provocará movimento nesse corpo que é moldado, modelado por escultores cruéis? Estará ele preso e fadado a relações de cristal? Amarrado em fios de algodão? Será que a única solução seria. . . partir?

Não. Já é hora de caminhos, já é hora de sentir. Como alguém consegue manter-se preso em sua armadura e não sentir a brisa que passa pela janela do alto do décimo andar? Existe um grito apertado na garganta que quer sair; mas ele sai quase como se fosse um sopro, um tropeço. Nem sei se dei o grito. Nem lembro se realmente tentei. Mas ele ainda é lembrança, e o mantenho dentro do meu peito porque me faz lembrar que estou viva.

Teu corpo te pede um movimento que não seja de mera reprodução. E sim de criação, reinvenção. Precisa ser. Ele é palpável, maleável, sem limites. Nenhum limite é intransponível; nada é impossível! É preciso que criemos estratégias de invenção do presente. De invenção, porque cada um tem a sua maneira única e particular de ser e estar no mundo e de criar-se. E digo invenção do presente, porque o futuro é agora, e o passado faz parte de quem somos, da nossa história.

Eu sou feita de sonho. E também sou feita de realidade, mas chega de contos de fadas. . . Serão sempre os sonhos a sustentar a realidade e quem sonha acredita. Quem acredita está vivo. Quero poder sempre respirar essa fé, que ela faça parte de mim como se fosse sentir os raios do sol quando a manhã nasce, todo dia.

Tá na pele, no sangue, nos sentidos; no brilho no olho do outro, no trabalho bem feito, no respeito, no abraço, no reconhecimento; nos encontros ao acaso, nas idéias loucas, na realização destas, na prática; em caminhar, em existir, em ser livre!

O ser humano é essa criatura com uma incrível capacidade de superar-se a cada momento. Então continua a acreditar. . . vamos mostrar do que somos feitos — mostrar força, e garra. . . quem foi que disse que eu não posso. . . que você não pode? Vamos!



VANESSA DE ARAÚJO XISTO, estudante de psicologia da Uerj.

REFLEXÕES



FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE REFLEXÕES A PARTIR DE VIVÊNCIAS ESTUDANTIS

REINALDO MATHIAS FLEURI*

Aquilo que a lagarta chama de
Fim do mundo
O resto do mundo
Chama de borboleta

— LAO-TSÉ

PROFISSIONAIS, estudantes e pesquisadores da área de saúde vêm problematizando a sua prática de formação profissional e desenvolvendo novas perspectivas. Uma significativa amostragem destas questões e propostas foi constituída pelo levantamento de depoimentos realizado no âmbito do movimento de educação popular em saúde. Tal problematização encontra eco no debate que se verifica no campo da educação e da teoria do conhecimento (epistemologia). Assim, à luz de algumas concepções teóricas e epistemológicas que vêm sendo enunciadas neste *campo da educação*, o presente artigo pretende desenvolver uma re-

* Reinaldo Matias Fleuri, doutor em educação pela Unicamp, é professor-titular do Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. É autor e co-autor de vários livros, entre eles: *Educar para quê?* (São Paulo: Cortez, 9.ª ed., 2001), *Universidade e educação popular* (Florianópolis: NUP/CED/UFSC, 2001), *Travessia: questões e perspectivas emergentes na pesquisa em educação popular* (Ijuí: Unijuí, 2001), *A questão do conhecimento na educação popular* (Ijuí: Unijuí, 2003), *Intercultura e movimentos sociais* (Florianópolis: NUP/CED/UFSC, 1998), *Uma experiência sociopoética* (Florianópolis: NUP/CED/UFSC, 2001), *Intercultura: estudos emergentes* (Ijuí: Unijuí, 2003), *Educação intercultural: mediações necessárias* (Rio de Janeiro, DP&A, 2003). Coordena atualmente o Núcleo Mover “Educação Intercultural e Movimentos Sociais”. E-mails: mover@ced.ufsc.br e rfleuri@terra.com.br

flexão crítica sobre os instigantes desafios expressos por estudantes e profissionais do *campo da saúde*.

Tomando como referência inicial alguns impasses identificados no processo de formação universitária em ciências da saúde, assim como em práticas profissionais pertinentes, focalizaremos a atual crise da ciência em geral, que requer o desenvolvimento de uma visão complexa da própria cientificidade. Verificaremos, em seguida, que práticas de extensão universitária orientada pela educação popular em saúde, em vez de servir meramente para atenuar e acobertar desigualdades sociais e assegurar a estabilidade do sistema econômico-político vigente, apresenta potencialidades de mudanças significativas na formação dos profissionais da saúde. A candente situação de miséria, de doença e o trágico encontro com a morte afetam profundamente a subjetividade de estudantes e profissionais, instigando-os a criar novas estratégias de cuidado do outro e de cuidado de si. Neste reencontro com o outro e consigo, agentes de saúde revalorizam o trabalho interdisciplinar e em equipe, re-significam os saberes populares, redescobrimo a importância da afetividade e da espiritualidade nos processos de cura.

Impasses da formação em ciências da saúde

Estudantes de ciências da saúde relatam diferentes expectativas e surpresas ao realizarem seus cursos universitários. Entre as expectativas, manifestam desejo de contribuir para curar as doenças.

Busquei o curso de medicina na velha e grande ilusão de que esta profissão detém todo o poder, através de seu conhecimento, de reabilitar o estado de saúde de uma pessoa. O sentimento que movimentava mais dentro de mim era o da busca de trabalhar na cura das doenças (Darlle Sarmiento).

Entretanto, Fernanda Tomé salienta que a atividade intensa e dispersiva, a que os estudantes são submetidos, dificulta-lhes a re-

flexão sobre os sentidos de seu processo de formação. “Vamos seguindo os passos freneticamente, cambaleando e nos condicionando. Ficamos muito confusos em muitos momentos e nos perdemos de nossos objetivos”. Tal inquietação é indicada metaforicamente por Raphael Guimarães. Revendo seu processo de formação universitária, considera que os estudantes de seu curso “foram tratados feito limões: foram selecionados, colhidos, cortados, espremidos, até ver que suco davam. . .”. E, como relata Edney Vasconcelos, após o idílio altruísta dos primeiros períodos do curso de medicina,

com o passar dos anos, parece que nos vamos “aprisionando” na grade curricular, nas provas estritamente teóricas, no pensamento cartesiano de separação do ser humano em partes para se entender o todo, nos diagnósticos, nos exames complementares e nos tratamentos. Desvaloriza-se o doente pela eloquência da doença e, com isso, todos perdem. Muitas vezes, dominamos tecnicamente toda a informação científica de tal patologia, e isto é preciso, mas não “tocamos” nos pacientes, e ainda reclamamos que eles não aderem aos nossos tratamentos.

Para muitos estudantes, notadamente os das classes populares, o ritmo de trabalho desgastante se deve em grande parte às limitações de caráter econômico, pois, como enfatiza Ana Guilhermina, “estudar não é para pobre”, uma vez que “não basta gostar de estudar, é preciso ter dinheiro”. Mas, além disso, todos geralmente são submetidos a ritmos e processos de aprendizagem que supervalorizam a memorização de fórmulas, a competição entre estudantes e profissionais, a sujeição hierárquica, ao mesmo tempo em que o paciente, visto como objeto, é esquecido e desatendido.¹ Neste sentido, Lia Frota se pergunta por que, ao realizar seus estágios,

¹ Os depoimentos de André Pereira e de Christiane Igarashi manifestam um desabafo em que se evidencia o dilema em que os estudantes se encontram entre, de um lado, a preocupação com o estudo, provas e notas e, de outro, a atenção para com as pessoas dos pacientes com que se relacionam.

o estudante se coloca na frente do paciente sem enxergar nada: “Será o hospital, o peso institucional que deforma as pessoas e as relações? Será nossa rotina de gado, o massacre da sala de aula, a impessoalidade da prática, nosso egoísmo? Talvez tudo junto!”

Também profissionais da saúde, já formados e inseridos nas instituições de cuidado à saúde, referem experiências e impressões desconcertantes e desafiadoras.

Felix Albers expressa de modo metafórico suas perplexidades ante a rotina da prática médica. Imagina-se como “gigantesco inseto” (“Acordo de manhã, espicho minhas oito patas, uma a uma, humor de barata, determinação de formiga. . .”) ou como “Dom Quixote”, sentindo-se mais indefeso que os pacientes, “oprimido pelas doenças incuráveis, pelas seqüelas irreversíveis de vidas mal-vividas, pelo cheiro de morte nos corredores do hospital”. Mas um gesto simples de sincero agradecimento, de um de seus pacientes, desperta-o para o significado do paradoxo de sua prática médica:

É no lacônico e firme aperto de mão que opera a tal intervenção divina. E é no convívio com o constante milagre da vida e da morte, da doença e da cura, que nós médicos nos confrontamos com o caos, com a euforia e a depressão. Estamos inseridos no eterno ciclo de alegrias e tragédias que é o nosso tempo e, apesar das dificuldades, devemos encarar esta missão com orgulho, como quixotes sonhadores e eternamente perplexos.

Tal como observa Eduardo Simon, o estudo e o exercício da medicina propiciam o encontro com situações humanas profundamente angustiantes, como a morte, o sofrimento, a miséria. “Não é preciso esforço para demonstrar que os sentimentos despertados pelo *encontro* com situações conflitantes são quase intoleráveis. Portanto, sempre temos a tendência de ocultá-los, fingir que não existem”. Este impacto ocorre já nos primeiros contatos com os cadáveres, nas aulas de anatomia e dissecação.

Para agüentar, e ainda mais, para ter satisfação (necessária ao aprendizado) no manuseio dos corpos humanos, é preciso, portanto, desumanizá-los. Deixar claro, principalmente para nós mesmos, que eles diferem de nós em essência. Os cadáveres da anatomia são transformados, por força da circunstância, em objetos destituídos de humanidade, em bonecos colocados à disposição do ensino [. . .] Afinal, é exigido que extraíamos desses *encontros* o maior número possível de informações, e isso só pode ser feito se não problematizarmos muito. [. . .] É preciso “fingir” que as coisas são mais simples do que são, para que possamos trabalhar a pleno vapor. Algo assim como uma *superficialidade operacional*. Como ficar perdendo tempo, divagando sobre a “humanidade do cadáver”, se temos que tentar decorar o nome, a inervação, a origem, inserção e função de todos os músculos da mão (com o perdão da rima)? Mas será esta dicotomia entre sensibilidade e operacionalidade realmente necessária?

Luciano Gomes referenda a percepção do processo de “desumanização” do outro que vai sendo instilado no processo de formação médica, que começa a partir das aulas no laboratório de anatomia, em que o corpo humano sem vida se torna objeto de dissecação e análise, e se estende para os outros contatos com os seres humanos, que são vistos como pacientes, desconectados de suas histórias, de seus sentimentos, de sua subjetividade e de sua liberdade.

É nas aulas de anatomia, como são estruturadas na maioria (se não todas) das universidades brasileiras, que somos treinados a ver o outro como objeto desprovido de identidade e passamos a trabalhar sobre ele e não com ele. Este é o momento em que assimilamos a atuação sem a reflexão sobre características fundamentais dos seres humanos, como a alteridade e a luta por autonomia. Assim se desenvolve o olhar que lança-

mos quando somos expostos a pessoas que respiram em ambulatórios e enfermarias.

Tais inquietações indicam diferentes impasses emergentes no processo de formação em saúde, particularmente no que diz respeito às relações de poder inerentes ao processo pedagógico e à crise da própria ciência moderna.

Todavia, experiências e práticas pessoais e institucionais apontam para a emergência de novos paradigmas educacionais, científicos e profissionais. De modo particular, experiências de inserção em contextos sociais e culturais marginalizados, assim como o comprometimento pessoal e político com os interesses e os contextos populares indicam a importância de se desenvolver uma *práxis* educativa e profissional que potencialize as diferentes dimensões da realidade subjetiva e sociocultural, assim como compreenda a complexidade e as ambivalências das vivências e relações humanas e profissionais. Neste novo contexto, dimensões tradicionalmente excluídas da prática profissional e científica, como a afetividade, a espiritualidade, ou mesmo a dimensão política e ecológica, são re-significadas como inerentes ao cuidado com o ser humano e com sua saúde.

A crise da ciência e o desafio da complexidade

Felipe Carvalho salienta a negligência para com o óbvio e com o cotidiano no estudo da medicina: “estudamos que causas de amnésia recente podem ser Alzheimer, deficiência de vitamina B12, entre outras, mas não está nos livros que a principal causa é o estresse do nosso ritmo de vida”.

Depoimentos como este refletem o atual movimento de auto-crítica que se desenvolve no campo das ciências e evidenciam a *complexidade* inerente ao conhecimento científico. Segundo Edgar Morin (1995, pp. 49-60), a *complexidade* apresenta-se como dificuldade e como incerteza, mais do que como clareza e resposta. Hoje as ciências físicas e biológicas caracterizam-se pela crise das explica-

ções simples. Questões aparentemente marginais, como a incerteza, a desordem, a contradição, a pluralidade, o caos, etc., constituem a problemática fundamental do conhecimento científico e abrem caminhos ao desafio da complexidade.

Morin apresenta muitas vias pelas quais a complexidade se apresenta hoje no campo da ciência. A partir do conhecimento científico sobre a dispersão dos átomos, as indeterminações microfísicas, a origem do universo, devemos constatar que *acaso* e a *desordem* estão presentes no universo e desempenham papel ativo na sua evolução. Entra em crise a noção de *previsibilidade* e, por outro lado, a concepção do próprio acaso: como determinar se este não é apenas expressão de nossa ignorância? Também se evidenciam os limites da abstração universalista. A biologia contemporânea considera cada espécie vivente como *singularidade* que produz singularidade. Não podemos eliminar o singular e o local recorrendo ao universal: como coligar tais noções? Os fenômenos biológicos e sociais apresentam um número incalculável de interações, de inter-retroações, impossíveis de serem estudados ao vivo: como conhecê-los sem matá-los? As próprias organizações sociais são ao mesmo tempo descentradas (funcionam de modo anárquico, através de interações espontâneas), policêntricas (caracterizadas por diferentes centros de controle) e centradas (dispõem de um centro de controle). Trata-se de uma organização complexa que se realiza como *unidade múltipla* e, portanto, coloca o problema de como não dissolver o múltiplo no uno, nem o uno no múltiplo. Defrontamo-nos também com o princípio do *holograma* presente na natureza e na sociedade. Cada célula de um organismo, por exemplo, contém a informação genética do organismo inteiro. Assim, não só a parte está no todo, mas o todo está na parte. Como então superar as explicações lineares (como o reducionismo que compreende o todo a partir das qualidades da parte, ou o holismo que ignora as partes para compreender o todo) e desenvolver a compreensão dinâmica dos fenômenos que vai da parte ao todo e do todo à parte? E como superar a forma linear de explicação de causa e efeito, quando, nos fenômenos bio-

lógicos e sociais, os efeitos retroagem na causa, os produtos são necessários pressupostos para o seu próprio processo de produção?

O próprio critério cartesiano de verdade — segundo o qual só pode ser considerada verdadeira a idéia que possa ser expressa de modo *claro e distinto* — entra em crise quando constatamos a impossibilidade de estabelecer com clareza os confins entre sujeito e objeto, entre organismo e ambiente, entre ciência e não-ciência. O conceito de *autonomia*, por exemplo, só pode ser elaborado a partir de uma teoria de sistemas que sejam ao mesmo tempo abertos e fechados, dependentes do ambiente, mas capazes de manter a própria identidade. E a questão da *observação* é recolocada de modo complexo quando se verifica que, por um lado, a observação interfere e já modifica o fenômeno observado (Heisenberg), e o próprio observador é condicionado pelo contexto que observa. E, ainda, ficou evidente que em cada *ciência* há um núcleo não científico. A isto se acrescentam os problemas *lógicos* colocados pela necessidade de estabelecer relações, simultaneamente complementares e contraditórias, entre noções fundamentais para compreender o nosso universo (como a de onda e partícula no mundo subatômico). Podemos, então, substituir a lógica bivalente, a chamada lógica aristotélica, por lógicas polivalentes? Podemos desenvolver uma *lógica da conexão* além da lógica da não-contradição e a da contradição?

Estas questões nos colocam diante de complexidades que se tecem juntas, desafiando-nos a trabalhar com a *incerteza* e com um *pensamento multidimensional*, um pensamento que se baseia na *diálógica*: “O que significa dialógica? Significa que duas lógicas, duas «naturezas», dois princípios são coligados em uma unidade sem que com isto a dualidade se dissolva na unidade. [. . .]. Assim, o método da complexidade nos orienta a pensar sem nunca fechar os conceitos, a quebrar as esferas fechadas, a restabelecer as articulações entre o que se encontra dividido, a nos esforçar para compreender a multidimensionalidade, a pensar com a singularidade, com a localidade, com a temporalidade, a jamais esquecer as totalidades integradoras (Morin, 1995, p. 57; p. 59-60).

Ampliação do conceito de cientificidade

Os desafios da complexidade ao conhecimento científico interpelam profissionais, educadores e pesquisadores à busca de uma compreensão integral da realidade e das relações humanas, assim como de uma visão mais ampla de ciência.

Fernanda Gondim diz que “estava tão envolvida pelo sistema de memorização e repetição que não percebia que a sociedade exigia muito mais que apenas conhecimento científico”. E se pergunta: “Para que é útil saber o sexo das lombrigas se o que faz Joãozinho tê-la é a falta de saneamento básico? De que adianta saber o mais recente tratamento para determinada doença se me falta a sensibilidade de ver que D. Maria não tem dinheiro para fazê-lo?”

Victor Valla (1986) lembra um exemplo de proposta apresentada por sanitaristas que pressupõe a “previsão” como categoria principal, uma vez que a prevenção implica projetar para o futuro, o que contrasta com a categoria de “provisão”, ou seja, a preocupação com o atendimento imediato das necessidades presentes, que provavelmente orienta a vida de setores da população. Provavelmente a categoria de “previsão”, ou seja, a preocupação de criar as condições para a solução de problemas futuros, assumida pelos profissionais, na sua busca de olhar para o futuro, incorpora também a imagem popular da ciência, segundo a qual tudo é, em princípio, previsível e controlável. Mas, na realidade, a previsibilidade só é relativamente possível para fenômenos genéricos e não para o comportamento individual. Afirmção relativa a um indivíduo específico é de tipo lógico diferente da que se refere à classe.² Assim é possível que os sanitaristas, ao propor um programa de interven-

² “Há um abismo entre as asserções relativas a um indivíduo específico e aquelas relativas a uma classe. Tais asserções são de *tipo lógico diferente*, e as previsões que se transferem de um nível para o outro são sempre incertas. A asserção «o líquido entra em ebulição» é de tipo lógico diferente da afirmação «esta molécula será a primeira a se moventar». Em muitos aspectos isto é pertinente à teoria da história, à filosofia em que se funda a teoria da evolução e, em geral, à nossa compreensão do mundo em que vivemos” (Bateson, 1984, p. 62).

ção social, dirijam-se à população com um discurso pautado na lógica de “classe” ou de “cientificidade”, enquanto as pessoas da população respondem com raciocínios que se referem à dinâmica de sua vida pessoal cotidiana e de suas relações afetivas. Por outro lado, os profissionais, ao tratarem de suas próprias condições pessoais de vida (remuneração, moradia, lazer, etc.), utilizam, por sua vez, também raciocínios de nível “individual” defendendo um padrão elevado de consumo, enquanto neste aspecto a população os vê como “classe” privilegiada. O mesmo acontece quando os profissionais fundamentam seu diagnóstico e sua conduta em padrões técnico-científicos, enquanto as pessoas das classes populares encaram o saber médico de uma forma mítica e descolada de seu contexto social. E, assim, na comunicação entre os profissionais da saúde e pessoas das comunidades, os discursos e seus pressupostos se cruzam paralelamente em níveis lógicos diferentes, configurando diferentes significados para as contradições vividas por uns e por outros.

Tal complexidade da comunicação entre os diferentes sujeitos e entre seus respectivos saberes, assim como a dificuldade de compreender o que as pessoas das classes populares querem dizer aos profissionais, acentua as limitações e contradições do próprio saber científico. Com efeito, o paradigma científico moderno ocidental revela — como também Tullio Seppilli (1996, pp. 18-9) afirma em relação ao paradigma biomédico — uma suposição “ideológica” que desvaloriza a importância da subjetividade e, em geral, da dimensão sociocultural dos fenômenos humanos. Ou melhor, desconsidera as determinações sociais — subjetivas e objetivas — que se entrelaçam com as determinações naturalístico-biológicas.

Neste sentido, Graciela Pagliaro, revendo sua experiência ante uma situação de erro médico, em que a morte inesperada de uma paciente passou “rasteira na onipotência médica”, considera que deveria haver

espaços que garantissem a formação dos profissionais considerando as emoções e significações que cada estudante vai fa-

zendo à medida que vai experimentando a vida profissional a que se propõe. A formação técnica não pode ser mecanizada. Tem de considerar os sujeitos que as aplicam e os sujeitos que as recebem, suas emoções, seus diversos olhares, suas motivações.

E para Alberto Carlos de Oliveira,

o ser humano é formado por um sistema unitário integrado, que abrange aspectos sociais, espirituais, biológicos e psicológicos. Por ser assim, quando qualquer aspecto é estimulado, há reflexos no conjunto e, dependendo da maneira como a pessoa lida (consciente ou inconscientemente) com a situação, o efeito será positivo ou negativo.

Nessa perspectiva, Rebeca Guedes considera necessário redirecionar o discurso da formação acadêmica para inserir o “cuidar, em todos os seus aspectos, na formação em saúde”, pois o cuidado “implica a inter-relação de dimensões que podem incluir desde a técnica mais especializada até o simples olhar de afeto e carinho”.

Desse modo, os limites da ciência ocidental não decorrem do fato de seu caráter científico, mas da insuficiente cientificidade de seu atual paradigma, ou seja, de seu fechamento *naturalístico* em relação às dimensões da *subjetividade* e em geral do *social* e do *cultural*. Para serem suficientemente científicos, os saberes precisam explicar racionalmente os fenômenos considerando *todas* as suas dimensões — a *natural*, a *subjetiva*, a *social*, a *cultural*, e a *ecológica* — reconhecendo a especificidade lógica de cada uma e buscando compreender a relação organicamente conflitante entre elas.

As pesquisas no campo dos movimentos sociais e da educação popular (Fleuri & Costa, 2001) vêm se defrontando com saberes populares que elaboram dimensões fundamentais das práticas sociais, como a *subjetiva* e a *sociocultural*, até recentemente pouco reconhecidas no quadro dos paradigmas de conhecimento hegemônicos no mundo ocidental. Por este limite epistemológico das

ciências humanas ocidentais, produzido e sustentado na complexa trama de poder e desenvolvimento das políticas de verdade, os saberes populares têm sido geralmente deslegitimados como “não-científicos”. Os estudos epistemológicos motivados pelas práticas de educação popular vêm pouco a pouco formulando a crítica destes pressupostos, assim como reelaborando e construindo os modelos cognitivos capazes de articular a compreensão das diferentes dimensões do conhecimento. Por isso, os saberes populares que apareciam — sob o olhar de um paradigma epistemológico limitado — como *não científicos*, passam a ser reconhecidos e estudados pelo seu potencial de contribuição para a construção de um novo modelo de conhecimento capaz de fundamentar o entendimento mais abrangente e complexo da realidade e, por isso mesmo, um saber “mais científico”.

Esta perspectiva epistemológica parece indicar uma travessia para o novo modelo de conhecimento, que estamos chamando de *conversitário* (Fleuri, 2004). Tal perspectiva de conhecimento traz implicações significativas no campo da educação, pondo em xeque a *oposição* entre educação *formal* em relação às práticas de educação *popular*, geralmente identificadas como *informal*, *alternativa*. O sistema formal de ensino, pautado no modelo iluminista de conhecimento, tem orientado o processo educativo para privilegiar exclusivamente a formação intelectual e racional dos educandos. A ênfase exclusiva no desenvolvimento das inteligências lógico-matemática e lingüística redundou no esquecimento e na depreciação das outras formas de inteligência — para usar a linguagem de Gardner (1995, pp. 19-36), as inteligências musical, corporal-cinestésica, espacial, interpessoal e intrapessoal — assim como da emoção, da subjetividade, do imaginário social, das condições econômico-políticas, da pluralidade cultural. Sob essa ótica, estas dimensões passaram a ser consideradas marginais ou mesmo a ser excluídas do processo formal de educação universitária e escolar. Os processos de educação popular, por valorizarem e implementarem na prática tais dimensões não reconhecidas pelo padrão educativo he-

gemônico, eram sumariamente qualificados de alternativos, não formais. À medida, porém, que vão se construindo modelos de conhecimento mais complexos e rigorosos, vai se tornando possível entender que o processo de formação humana só pode ser propriamente educativo se, além do desenvolvimento do raciocínio lógico e da linguagem, implementar *cientificamente* o desenvolvimento individual e coletivo das diferentes formas de inteligência, assim como da emoção, da corporalidade, das relações socioculturais.

Muitas práticas de educação popular, desenvolvidas no âmbito de movimentos sociais, de certa forma, já vêm desenvolvendo organicamente essas dimensões essenciais do processo educativo. É este fato que, provavelmente, vem estimulando pesquisadores, estudantes e profissionais envolvidos com a educação popular a elaborar um modelo epistemológico que, superando os limites do modelo hegemônico de conhecimento, permita compreender de modo científico a complexidade e a dinâmica inerente a todo processo educativo e curativo.

Extensão universitária: uma porta para o novo

Uma nova perspectiva epistemológica e profissional tem sido despertada em práticas de educação popular em saúde. Eymard Mourão Vasconcelos, revendo sua longa trajetória de médico, professor e pesquisador, entende que seu encontro com o mundo das classes populares funcionou como

um grande encontro amoroso. Destes que criam um vínculo de tal monta que reorientam todo o viver. Que despertam energias e motivações que nos dão garra para enfrentar a aventura da vida. Entre desencontros, desencantos, momentos de intensa alegria e conquistas, este amor perdurou central. . . É um amor cheio de precariedades e contradições como todos outros, mas o maior.

Também para a estudante Fernanda Gondim, a extensão universitária em comunidades populares tem um significado fundante.

A extensão universitária abre um universo que todo estudante deve experimentar e se deliciar desde o primeiro período. É em diálogos informais e troca de experiências que eu venho aprendendo o que é educação popular, o que é ajudar as pessoas sem ser assistencialista, o que é Comunidade, o que é interdisciplinaridade, autonomia e cidadania. Não é uma simples questão de saber o que é doença, é saber o que é ser doente nesse país.

Já para Roberto Piauí — levado por outros estudantes a participar do Projeto de Extensão e a interagir com uma comunidade — tal experiência catalisou sua vocação e opção profissional.

Observava aquela pobreza, me sentindo estranho, me sentido como que responsável. Fui deixado num casebre de uma velhinha simpática e mal sabia que ela iria mudar minha trajetória. Foi inesquecível. Guardo cada sopro de idéias trocadas. De repente, me via interessado em salvar aquela pobre senhora de sua hipertensão. Só não esperava me sentir tão faminto por querer mudar seus hábitos, convencer de algumas verdades, e principalmente por estar provocado a prosseguir com aquilo. Queria trocar experiências com ela, com a família, a qual, de repente, me deu ares de doutor. Pronto. Aquele médico que eu tanto procurava ser apareceu. E queria mais.

Estas experiências indicam que a extensão universitária — como lembra Fagundes (1985, pp. 134-7) — pode desempenhar papel análogo ao da política social: pensada como uma fórmula de atenuar e acobertar desigualdades sociais para assegurar a estabilidade do sistema, apresenta virtualidades capazes de inverter os objetivos para os quais é instituída. Embora toda a política pre-

dominante imponha uma perspectiva conservadora e domesticadora de extensão universitária, esta é considerada um espaço contraditório onde se podem gerar novos projetos de universidade articulados com o processo de transformação social.

As experiências de extensão universitária em educação popular realizadas são experiências de fronteiras (ao mesmo tempo limites e limiares), são situações-limite (Freire, 1975), constituem entrelugares (Bhabha, 1998), espaços de geração do novo.

Para Eymard Vasconcelos, a experiência que configurou o significado central de sua prática e pesquisa médica — seu “primeiro amor” — ocorreu quando, ainda estudante, realizou uma experiência de extensão universitária, em um povoado no interior de Minas Gerais. Inspirado na perspectiva de Paulo Freire, colocou-se numa perspectiva de diálogo com os habitantes do lugarejo e foi entendendo a complexidade dos problemas enfrentados por aquelas pessoas, na busca solidária de soluções.

A carência da população, que ao tornar valiosos os nossos poucos conhecimentos, levava as pessoas a exporem intensamente os seus problemas, e as orientações de Paulo Freire, que nos levavam a não assumir a atitude de doutor sabe-tudo, mas de encontrar formas para discuti-los coletivamente, fizeram uma mágica. Aquele povoado pacato e decadente se revelou lugar de uma dinâmica fascinante. Problemas aparentemente banais iam mostrando estar ligados a histórias complexas, carregadas de sofrimento, garra, opressão e paixão. Eu, filho de uma família de classe média tradicional da capital mineira e com uma vida bem regradinha, tive acesso a mistérios que nem imaginava. Assustei-me e encantei-me. Além do mais, sentia que éramos significativos na busca de soluções. Pouco entendíamos de política, sociologia, psicologia ou economia, mas nosso precário saber técnico nos dava autoridade para propor encontros e, seguindo os princípios da Educação Popular, colocar problemas em discussão. Nossa insegurança até ajudava, na

medida em que nos dificultava tentar responder sozinhos às dúvidas. Estávamos perplexos demais com o que deparávamos para conseguir mostrar segurança. Era impressionante como uma simples orientação metodológica salvava e abria caminhos: “diante de um problema significativo, procure discutir com as pessoas envolvidas, buscando construir coletivamente as soluções”. Nas discussões com as famílias e nos grupos formados, fios da complexa meada da vida iam se revelando, mostrando dimensões inusitadas da luta pela sobrevivência e felicidade. Soluções eram costuradas com palpites de muitos, já os envolvendo no encaminhamento. Ficávamos encantados com os resultados esboçados no processo que ajudávamos a construir. Participávamos da obra de recriação coletiva da vida e isto era fascinante. Esta metodologia pedagógica nos aproximava afetivamente deles e nos permitia desfrutar de seus carinhos e alegrias que expressavam de forma intensa.

Muitos depoimentos relatam experiências de estudantes das diferentes áreas das Ciências da Saúde em projetos de extensão universitária em comunidades empobrecidas e socialmente marginalizadas. Tais experiências, em muitos casos, produziram mudanças significativas na própria concepção de estudos e da prática profissional no campo do cuidado à saúde.

Aline Barreto, questionando a rotina curricular de seu curso de fisioterapia — que se alimentava pela perspectiva de se formar, instalar uma clínica particular e ganhar dinheiro — resolveu participar de um projeto de extensão universitária. Interagindo com pessoas vivendo em condições sociais calamitosas, foi descobrindo também seus valores e suas riquezas humanas. Com isso, a estudante amadureceu como pessoa e passou a compreender sua prática profissional de modo mais complexo e amplo.

O que nunca imaginara é que essa experiência me proporcionaria a abertura de várias outras portas de conhecimentos,

atividades, idéias, atuação e ação. A vivência em comunidade permitiu-me conhecer a realidade antes renegada, periférica. A desigualdade social, a necessidade de melhores condições de moradia, saneamento e saúde saltaram aos olhos de forma imediata. Porém, só a convivência semanal com as famílias visitadas permitiu-me perceber a riqueza aparentemente despercebida, o aconchego, a alegria, a cultura e valores próprios da comunidade. A descoberta destas preciosas minúcias se tornaria praticamente impossível confinada dentro de uma sala de aula. A atuação baseada na Educação Popular me fez amadurecer como estudante e crescer como pessoa. Adentrar e participar da vida das pessoas, criar laços de amizade, compartilhar experiências, me engrandeceu indescritivelmente. A saúde ganhou um conceito mais ampliado e complexo, indo muito além do bem-estar. As relações se tornaram mais dialógicas e horizontalizadas, o ser humano foco da minha atenção, enxergando-o como um ser total, não fragmentado, passível de mudanças e rico de valores.

A estudante Fernanda Gondim, intrigada em suas aulas de anatomia com o lema “aqui se aprende com a morte a cuidar da vida”, descobriu, no trabalho com a comunidade, que ali se aprende com a vida a lidar com a morte e com o infortúnio.

Foi em minhas conversas com Sr. Joaquim, D. Conceição, D. Severina e tantos outros personagens da vida, que eu entendi que o remédio receitado pelo médico muitas vezes vem da planta do canto de quintal e o profissional nem toma conhecimento disso; que o poder da improvisação faz dinheiro render; que saúde inclui família, condições sociais, carinho. . .; que, se o mundo é um imenso mar, a maioria só tem direito à água salgada que lhe cai dos olhos. Mas que, acima de tudo, nenhuma realidade deve destruir nossa capacidade de lutar pelos nossos sonhos. . . Seguindo a lógica dessa formação popu-

lar, eu venho construindo um olhar, um olhar que não é simplesmente ver ou observar, mas acima de tudo sentir, abraçar.

Quais são, então, as implicações mais significativas de tais descobertas para a vida e para a prática dos profissionais de saúde?

O desconcerto

O contato pessoal com comunidades populares ensejou para estudantes e profissionais da saúde múltiplas experiências desconcertantes. Para Luciano Gomes, uma das maiores experiências que vivenciou em um ano de trabalho em comunidades foi quando, aceitando o convite de uma família para o almoço, se encontrou diante da única comida que não suporta. E aí compreendeu que “era muito mais fácil uma pessoa mudar de corrente política ou de opção religiosa, do que modificar um hábito alimentar”. Rosângela Teixeira lembra de sua impressão ao visitar um barraco de adobe, de uma sala só, sem janelas, onde moravam umas quatro pessoas que dormiam no chão: “Havia um cheiro tão ruim que não saiu do nariz até hoje”.³ E Leda Bazzo narra a perplexidade da estagiária de fonoaudiologia ante a confiança de D. Luzia. Esta mulher sorridente e desdentada, afirmando não ter problema de co-

³ Ao participar de uma expedição sanitária para examinar toda a população do povoado de Queixadinha e avaliar a morbidade da esquistossomose, Rosângela Teixeira entrou em contato com uma situação social extrema. “Todas as pessoas eram muito simples e magras, não me recorde de nenhuma que fosse obesa. As mulheres usavam vestidos curtos e coloridos deixando à mostra as pernas muito finas. Com um mar de tristeza nos olhos, elas eram muito tímidas, denotando sofrimento crônico, e chamavam a atenção pelas respostas monossilábicas às nossas perguntas. As crianças se agrupavam em um bando de desnutridos e barrigudos. Muitas apresentavam impetigos disseminados, nos obrigando a perder o medo de aplicar Benzetacil num lugar daqueles. As histórias de crianças alcoolizadas nos deixavam perplexos. Soubemos pelas próprias mães que elas acrescentavam cachaça nas mamadeiras para que as crianças «apagassem». Assim, elas poderiam sair para plantar a lavoura da subsistência. E os pais delas? Muitos foram para São Paulo, em busca de emprego, deixando esperanças e sonhos de uma vida melhor para as mulheres e crianças, quando voltassem de lá com dinheiro no bolso. Mas isso quase nunca acontecia, eles ficavam por lá, constituíam nova família, e nunca mais davam notícias.”

municação, desvia atenção ao seu problema de flatulência e “revela que o peido agora é obra divina de Deus, a inspirando na composição das mais diversas canções, desse modo, também não quer mais resolver este problema, pois o peido passou a ser, para ela, uma fonte de repentinas poesias”.

O mais desconcertante, porém, é o encontro com a situação de miséria, de doença e com a morte. O depoimento de Marcos Tietzmann, apresenta uma conflitante vivência no contexto de um bairro, onde as possibilidades e limitações de saúde física e mental se configuram no contexto marcado pelo contexto econômico-político entrelaçado com as dimensões subjetivas e culturais. Desespera-se por verificar que o simples encaminhamento de uma criança ao posto de saúde se torna uma empreitada impossível para uma mãe que, separada do marido e em conflito com a vizinhança, não tem dinheiro para ônibus, nem para comprar o remédio. Tal situação produz um sentimento de impotência, tal como sentiu Alexandre Figueiredo, diante de sua primeira paciente, uma criança negra e pobre que definha, e a família sem possibilidade de adquirir o remédio.

Num barraco cheio de gente, vi um pequeno ser cair em uma de suas primeiras batalhas. Senti-me de mãos atadas. Revoltado por saber que ela poderia ter sido salva se um pozinho tivesse matado o treponema que palidamente coloria o rosto daquela criança.

A universidade — segundo Meryeli Araújo — orienta estudantes e profissionais de saúde a serem frios e objetivos diante de situações trágicas. Entretanto, considera que

Poucos fatos em nossas vidas são capazes de entristecer e deprimir tanto como a morte de alguém que cuidamos, já que o lutar de perto com a perspectiva da morte alheia nos remete à constatação de nossos próprios limites e fragilidades. [. . .].

Percebi como a ordem de ser prático e objetivo diante de cada caso clínico é uma ilusão, pois desconsidera o contexto e os sentimentos em que ele está inserido. Passa por cima também dos nossos próprios sentimentos. E o que somos sem nossos sentimentos?

Mas, ao longo de sua trajetória profissional, atendendo pacientes terminais, Alexandre Figueiredo compreende que, ao invés de combater sem sucesso a morte, pode-se acolhê-la amigavelmente para brindar a vida. A morte, a vida em negativo que, por contraste e luz, pode pôr em xeque condutas médicas estabelecidas e revelar novos sentidos do cuidado com a vida.

Cuidar do outro

A primeira conduta a ser questionada é a do diagnóstico médico. O depoimento de Mário Araújo denuncia o risco de a conduta médica se pautar por um este tipo de diagnóstico simplista e preconceituoso, que induz a um desprezo pelo paciente e resulta em um fechamento a um processo continuado de compreender melhor o seu problema.

Renata Pereira, ao desenvolver uma pesquisa de campo na comunidade, verificou como é valioso interagir com as pessoas, para além das entrevistas projetadas. “Ouvir as histórias de vida dos moradores, os acontecimentos atuais que permeiam sua realidade, e observar não só as carências, mas também as virtudes e sonhos deles e poder fazer parte de seu cotidiano”.

Hebréia da Costa considera que o grande desafio que seu trabalho de assistente social em um hospital “era estabelecer o contato humano, articulado à empatia, habilidade teórica e fluidez de comunicação”. Pois o trabalho com a saúde é um campo de luta, eivado de tensões, na medida em que o profissional se envolve com as angústias ante situações de doença e medo da morte iminente.

É no conhecimento das angústias do outro que muitas vezes somos levados a perceber nossos limites e engendrar um novo caminhar. É extraordinário quando conseguimos articular os saberes sobre a saúde, sem medo da empatia mútua. Somos seres sociais em relação. A empatia é ponto de partida para qualquer postura que busque compromisso com as classes subalternizadas.

Juliana Souza Oliveira, em suas atividades de estágio, foi percebendo que ser bom profissional não se reduz a indicar o melhor tratamento fisiológico. Para ela, a melhor terapêutica implica o ouvir e a atenção. Desse modo, o saber técnico “ia entrando também, mas seguindo os espaços de uma relação, antes de tudo, afetiva”. A estudante aprendeu, assim, que “o mais importante não é a precisão técnica na indicação da melhor terapêutica, do melhor tratamento e da melhor conduta”. De fato, a palavra, a escuta, o zelo e o amor têm poder curativo e transformador, principalmente para quem tem a saúde fragilizada e, por isso, se defronta com seu lado mais vulnerável. Nessa perspectiva, Marcos Vasconcelos, em sua experiência com comunidades populares, compreendeu “que é preciso conhecer a realidade e respeitar o saber da população para compreender a dinâmica de adoecimento e cura de uma comunidade”. Percebeu que

o estar com o coração e os ouvidos abertos às queixas e histórias de vida daquelas pessoas, tão sofridas e batalhadoras, possibilitava, à medida que se estreitavam os laços de afetividade e amizade, uma terapêutica do diálogo e do cuidado. [. . .] Íamos descobrindo que a eficácia profissional não dependia apenas de ações físicas e químicas sobre o corpo dos pacientes. Palavras e gestos traziam transformações muito maiores.

De modo particular, o estudante aprendeu com a sabedoria de um ancião que “a doença e a morte são inerentes à condição

humana. Elas não podem ser definitivamente derrotadas, mas isso não impede que a vida seja cuidada”.

Esta postura de humildade e cuidado diante de situações trágicas é uma das atitudes compartilhadas por vários profissionais da saúde.

Nelsina Dias conta como se arrependeu por ter convencido sua colega a transferir seu pai de sua casa, no interior do estado, onde se encontrava muito doente — mas bem-cuidado, num ambiente tranqüilo e de muito carinho — para um hospital da capital, em que, apesar de todo o atendimento técnico necessário, logo veio a falecer, longe do carinho e dos cuidados dos vizinhos e familiares.

A partir da experiência própria e familiar de doenças sem cura, Darlle Sarmiento compreende o quanto “o saber do médico era limitado”, uma vez que agentes de saúde desconsideram as queixas e sofrimentos do paciente e esquecem “que a família e pessoas próximas podem agir como uma boa equipe de saúde, quando se está atento para o valor de nosso bem-estar e da vida”. Seus estudos de farmácia permitiram entender “que a cura não está apenas nas mãos de profissionais qualificados tecnicamente para saúde. Está no esforço de cada um de nós e na interação cooperativa de forças por melhores condições de vida”. E percebeu que “a atenção ao que o doente sente e ao seu sofrimento é tão importante quanto a averiguação tecnicamente perfeita do resultado de exames laboratoriais”. Nesse sentido, a sua interação com famílias de comunidades faveladas aguçou a sensibilidade, o rigor da investigação e do trabalho cooperativo na prática universitária e médica.

Da mesma forma, Alice Uchoa redescobriu o significado do atendimento médico, ao acompanhar de perto o tratamento de sua sobrinha, afetada por um fatídico e quase incurável problema cardíaco.

Pude perceber claramente que o cuidado não se opõe às intervenções cientificamente fundadas e sofisticadas desde que tenham a finalidade de aliviar o sofrimento e, se possível,

curar. Mas também não é apenas a aplicação de uma técnica, o uso de um aparato tecnológico em um corpo, em parte dele, ou em suas virtualidades que será eficiente. Fundamental é o encontro com o paciente, do qual fazem parte: o acolhimento, o respeito aos valores, o apoio mútuo, a solidariedade, a compaixão, de modo a contribuírem para aliviar o impacto do sofrimento e do adoecimento. Isto requer a ajuda de quem está sendo cuidado na construção de novas perspectivas, novos cenários interiores para o enfrentamento dos seus problemas.

Por outro lado, Alice reconsidera a complexidade da posição do agente de saúde, assim como seus sentimentos de apreensão, ante a fragilidade do ser humano de quem cuida.

Não é nada fácil para quem está no dia-a-dia tendo de constantemente tomar decisões diante da fragilidade do outro, que o obriga a também olhar para a sua. O médico precisa de um suporte para uma visão mais abrangente que abarque ao mesmo tempo o conhecimento científico acumulado (com um certo ceticismo à sua aplicação mecânica), a intuição, a criatividade, a sensibilidade e as crenças. Sobretudo a crença de que há sempre algo a se fazer, nem que seja olhar dentro de si mesmo e contar uma estória. . .

Assim, o cuidar do outro requer, do profissional de saúde, o profundo cuidado de si, que implica, muitas vezes, a experiência do trágico e a redescoberta da própria complexidade-ambivalência.

Cuidar de si

O encontro com a doença e com a morte revela o paradoxo da vida do ser humano, ou seja, o espaço trágico, o espaço do inevitável, do que não pode ser corrigido, do que nem toda medicina pode evitar: o limite, a finitude. Segundo Nietzsche (1995, 1997,

apud Farina, 1999), a vida e a morte se fundem na tragédia do ser. A tragédia do ser são suas próprias finitudes. Os desmoronamentos dos mundos. Não há retorno para o mesmo mundo, em uma existência trágica, nem, pelo contrário, a garantia de que ele não se repita. A experiência trágica enseja a imersão em espaços heterogêneos de subjetivação. Quer dizer, suscita a produção de singularidade, a ficção de novos mundos.

Paradoxalmente é a experiência existencial da finitude que — como afirma Vanessa Xisto — faz do ser humano “essa criatura com uma incrível capacidade de superar-se a cada momento”, na medida em que é interpelado a criar “estratégias de invenção do presente. De invenção, porque cada um tem a sua maneira única e particular de ser e estar no mundo e de criar-se”.

A experiência da tragédia humana, que o contato cotidiano com a finitude da vida induz, instiga o agente de saúde a reconstituir constantemente sua própria subjetividade.

Emerson Elias Merhy, refletindo sobre experiências paradoxais vividas ao longo de sua formação médica e do exercício de sua profissão, descobre que “somos, de fato, muitos tipos de sujeitos em nós. Temos muitas almas que nos habitam, que se relacionam e que, em certas situações, ocupam lugares centrais uma em relação à outra”. Por exemplo, o próprio médico, ao ter uma necessidade de cuidado de sua saúde, precisa de outro médico. Vira “usuário”. E sua alma de médico continua coexistindo e negociando, dentro de si, com a sua alma de paciente. Posicionando-se a partir de sua própria intimidade complexa, o profissional pode desenvolver uma “pedagogia da implicação”. Isto é, desenvolver a capacidade de reolhar situações paradoxais (em que as múltiplas *almas* do profissional interagem com a pluralidade de *almas* do outro) de modo que a compreenda melhor e que imagine intervenções que fazem sentido. O profissional vive, assim, um efeito “pororoca” em que as ambivalências de sua personalidade se potencializam ao interagir com as ambivalências do outro.

É como um rio que se dobra sobre si ao encontrar o mar, ou seja, com o outro. É como o trabalho vivo em ato, possuidor das tecnologias de cuidado, faz ao se dobrar sobre o outro, o usuário portador das necessidades, e volta sobre o trabalhador revelando suas implicações. O trabalhador pode se ver, ao ver suas ações no outro.

Assim, o cuidar da saúde alheia se torna, para o próprio profissional, uma oportunidade ímpar e fecunda de aprendizagem.

Aprender juntos

A principal aprendizagem é a de “aprender a aprender”, ou seja, desenvolver processos dialógicos e interativos de aprendizagem, superando o tradicional dispositivo de sujeição entre profissional de saúde e pacientes. Daniel de Araújo Batista relata sua experiência com o trabalho em saúde comunitária, na qual compreendeu que as pessoas, submetidas a cuidados médicos, também educam os agentes de saúde, na medida em que estes se colocam em uma atitude de escuta e cuidado.

As pessoas simples, que vivem nas comunidades, têm uma abertura e um jeito de ser carinhoso e emocionado que nos educam para um modo de trabalhar em saúde que rompe com o modelo objetivo frio que predomina na ciência e que tanto empobrece nossa ação terapêutica e nossa realização pessoal na profissão.

Luciano Gomes afirma que assimilou dois aprendizados em seu trabalho comunitário. O primeiro é que “os profissionais de saúde têm uma imensa capacidade para mobilizar a população que vem sendo historicamente esquecida”. O segundo é que “por mais que acreditemos saber o que é melhor para pessoas de uma determinada comunidade, eles têm suas interpretações sobre a realidade em

que vivem e suas conclusões têm muito mais validade que nossas possíveis explicações técnicas ou políticas”.

Para Pedro José Cruz, a transformação decisiva em sua relação de profissional da saúde com as pessoas da comunidade verificou-se quando passou a dialogar com elas sobre as diferentes dimensões da vida, sem se restringir o foco exclusivamente sobre a doença.

[. . .] passamos a não conversar mais só sobre doença. Ao contrário, certas vezes falamos sobre política, televisão, tempo, futebol e até, quem diria, minha vida pessoal. Aí descobri que aquelas pessoas não eram pacotes de problemas, mas pessoas cheias de dinamismos e muita vontade de ser mais. Vi que era muito melhor me ligar a elas como companheiro desta busca pela dinamização da vida. [. . .] Posso ajudá-las com minhas práticas universitárias quando elas precisarem, mas também sou ajudado a cada sábado que visito aquelas famílias. Elas me mostram uma perspectiva diferente da vida, um lado diferente desse mundo; aprendo a respeitar suas decisões e a compartilhar os seus saberes.

Tal aprendizado interpela estudantes e profissionais a re-significar os estudos universitários e a desenvolver formas mais coletivas e interdisciplinares de trabalho. Juciany Araújo e Maura Sobreira contam como a experiência de extensão em comunidades populares modificou seu modo de ver o mundo e foi uma oportunidade de aprenderem a trabalhar em equipe.

Antes, pensávamos que a extensão seria a oportunidade de pôr em prática o que aprendemos teoricamente. Entretanto, em nenhum momento imaginamos que aquelas atividades iriam nos tocar profundamente, passando a ter um novo olhar sobre o que a universidade nos oferecia (salas de aulas, professores e biblioteca). Aprendemos a aprender. [. . .] Apre-

demos a trabalhar em equipe. Aliás, pudemos entender o significado da palavra equipe, passando a valorizar mais as pessoas.

Nesse sentido, o próprio sentido de *interdisciplinaridade* é reconfigurado, como atesta Mario Araújo, ao falar do que aprendeu nos projetos de extensão baseados na Educação Popular:

Aprendi então a valorizar o diálogo. Íamos aprendendo com as dificuldades existentes para que este diálogo se baseasse no respeito e confiança. Na relação com as famílias, fui descobrindo a força terapêutica da escuta. Vi o poder que ela tem. Com a mente aberta pelas discussões teóricas, fomos vendo a força do conhecimento popular, passado de pai para filho, e que a academia tanto despreza. Fomos aprendendo a trabalhar em equipe valorizando o conhecimento dos outros profissionais.

Nesse sentido ocorre uma mudança significativa nas próprias relações pedagógicas e na formação profissional. “Fui vendo que era possível encarar os professores como companheiros na construção de um saber e não seres superiores e incontestáveis”, explica Mario Araújo. Tal mudança pedagógica é inerente à concepção de interdisciplinaridade, como já afirma Ivani Fazenda:

A introdução da interdisciplinaridade implica simultaneamente numa transformação profunda da pedagogia e num novo tipo de formação de professores. [. . .] Passa-se de uma relação pedagógica baseada na transmissão do saber de uma disciplina ou matéria — que se estabelece segundo um modelo hierárquico linear — a uma relação pedagógica dialógica onde a posição de um é a posição de todos. Nesses termos, o professor passa a ser o atuante, o crítico, o animador por excelência. Sua formação, substancialmente modifica-se: ao lado de um

saber especializado (nisto concorreriam todas as disciplinas que pudessem dotá-lo de uma formação geral bastante sedimentada), a partir portanto de uma iniciação comum, múltiplas opções poderão ser-lhe oferecidas em função da atividade que irá posteriormente desenvolver. [. . .] Precisa receber também uma educação para a sensibilidade, um treino na arte de entender e esperar e um desenvolvimento no sentido da criação e imaginação. A interdisciplinaridade será possível pela participação progressiva num trabalho de equipe que vivencie esses atributos e que vá consolidando essa *atitude* (Fazenda, 1978, pp. 48-9).

A atitude que a interdisciplinaridade vai consolidando não se restringe à dimensão intersubjetiva e institucional das relações pedagógicas e profissionais. O trabalho em equipe e interdisciplinar reconfigura seu significado mais amplo ao se engajar numa perspectiva social e política transformadora. Nessa direção, as práticas de educação popular apresentam desafios que instigam tais opções.

Comprometer-se politicamente

A realidade social dramática, encontrada nas atividades sanitárias e extensionistas em comunidades populares em situação de risco, põe com veemência a necessidade de comprometimento político, para além da dimensão profissional e científica. Assim, Rosângela Teixeira, ao se lembrar de seu trabalho com a população de Queixadinha, se questiona: “que tipo de vida é aquela?” Coloca um desafio maior, não resolvido pela ciência. A realidade social de miséria, doença, dor, desconforto, fome e injustiça, “nos remete ao imponderável do sofrimento humano e nos faz crer que a vida dessa gente precisa ser outra, uma marcha noutra direção”. E se pergunta: “Seríamos nós responsáveis pela criação de um mundo novo, pela revelação de uma outra vida profundamente mais jus-

ta, humana e digna? [. . .] O quanto de ação social e política deveríamos buscar?”.

Também Marcos Vasconcelos, ao acompanhar uma família favelada, entendeu que, “na busca de um mundo mais justo, o papel da universidade não deve se restringir à formação de profissionais tecnicamente qualificados, mas também a de cidadãos comprometidos com a realidade social”.

Entretanto, mesmo as lutas sociais, que vão construindo a história humana, se defrontam com o trágico, com situações de miséria e injustiça, insuperáveis a curto prazo. Como fazer para recriar a vida humana, onde ela é estruturalmente negada? Que perspectivas de resistência e resiliência os seres humanos, particularmente das classes subalternizadas, vêm desenvolvendo? Será que as propostas de caráter religioso se restringem a uma função de amortecimento e de sujeição?

Re-significar a espiritualidade

A instigante questão da religiosidade na prática de assistência à saúde e de educação popular é apresentada por Danielle Ferreira, ao narrar sua experiência em um projeto de extensão universitária que se realiza em uma comunidade periférica de João Pessoa. Motivada pelo professor supervisor de estágio (que lhe disse: “Seria muito bom você trabalhar sua espiritualidade no projeto. Pela sua espiritualidade você pode enxergar e sentir melhor as pessoas”) encontrou novos significados para sua formação pessoal e profissional. E conclui: “descobri que devo utilizar da espiritualidade no exercício profissional. A prática profissional e a fé têm em comum a promoção da vida. Unidas tornam o trabalho mais alegre e fecundo”.

Tal perspectiva é uma expressão do crescimento da prática religiosa na sociedade pós-moderna, o que de certa forma obriga os meios acadêmicos a rever sua postura de crítica severa, particularmente de intolerância, em relação ao papel social da religião. A respeito desta questão, Derrida questiona (2000, p. 15):

Por que é tão difícil pensar esse fenômeno, apressadamente denominado “retorno das religiões”? Por que é surpreendente? Por que deixam atônitos em particular aqueles que acreditavam, ingenuamente, que uma alternativa opunha, de um lado, a Religião e, do outro, a Razão, as Luzes, a Ciência, a Crítica (a crítica marxista, a genealogia nietzschiana, a psicanálise freudiana e respectivas heranças), como se a existência de uma estivesse condicionada ao desaparecimento da outra? Pelo contrário, seria necessário partir de outro esquema para tentar pensar o dito “retorno do religioso”.

Não há que se negar a pertinência das críticas a movimentos e instituições religiosas que retardaram (ou tentaram inviabilizar) muitos avanços da ciência e conquistas da humanidade, especialmente por estarem comprometidos com os setores políticos dominantes, quando seu discurso orientava a estar a serviço dos desfavorecidos. No entanto, hoje se faz necessário entender a complexidade e a dinâmica dos contextos religiosos, que permitem analisar os fenômenos e as práticas religiosas sob outras perspectivas (Xavier, 2003). Particularmente no campo dos movimentos sociais, onde é marcante a presença da religiosidade. Martins (1993, p. 55) afirma:

Quase todos os movimentos sociais que conheço, no campo, são também religiosos. Disso não se fala, particularmente se o pesquisador é ligado a um partido político de esquerda. Ele prefere deixar esse aspecto de lado, pois a religião “atrapalha” a interpretação e questiona os pressupostos racionalistas do seu trabalho. O que é uma bobagem, pois desse modo perde-se o conjunto dos componentes fundamentais para a compreensão do que ocorre [. . .] A luta no campo não é, estritamente, luta pela terra; não é, estritamente, luta pela reforma agrária. É luta por uma porção de mudanças, que envolve, por exemplo, até a revisão da religião e da organização da Igreja, a reconceitualização da política, etc.

Sob esta perspectiva, em que a antropologia pode ajudar na compreensão da religião? Geertz (1989) afirma que a religião permite entender a organização dos grupos sociais e o seu modo próprio de vida. Geertz parte da idéia de que os símbolos sagrados funcionam para sintetizar o *ethos* de um povo (o tom, o caráter e a qualidade da sua vida, seu estilo e disposições morais e estéticos) e sua visão de mundo (o quadro que os homens e mulheres fazem do que são as coisas na sua simples atualidade, suas idéias mais abrangentes sobre ordem). Geertz reduz o seu ponto de vista a uma definição de religião:

Religião é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de factualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (Geertz, 1989, pp. 104-5).

Segundo este autor, é a promessa contida nos conceitos e princípios da religião que mantém o fiel motivado e predisposto às experiências e atividades religiosas, e conseqüentemente a dar sentido às suas experiências de vida. Estes princípios trazem “a formulação de conceitos de uma ordem de existência”. A religião confere um enquadre para explicar os fatos que não são explicáveis e tornar suportáveis experiências que são inaceitáveis (tais como a morte, catástrofes, injustiças). E esse é um dos fatores de sobrevivência e crescimento de movimentos sociais, pois estes encontram na religião — que é também um sistema cultural — respostas, esperanças, alternativas para o caos que muitas vezes enfrentam. E, ambivalentemente, se conformam e se resignam ante a injustiça, ao mesmo tempo que resistem e lutam ante os desafios.

Como a religião ancora o poder de nossos recursos simbólicos para a formulação de idéias analíticas, de um lado, na

concepção autoritária da forma total da realidade, da mesma forma ela ancora, no outro lado, o poder dos nossos recursos, também simbólicos, de expressar emoções – disposições, sentimentos, paixões, afeições, sensações — numa concepção similar do seu teor difuso, sem tom e temperamento inerente. Para aqueles capazes de adotá-los, e enquanto forem capazes de adotá-los, os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica não apenas para sua capacidade de compreender o mundo, mas também para que, compreendendo-o, dêem precisão a seu sentimento, uma definição às suas emoções que lhe permita suportá-lo, soturna ou alegremente, implacável ou cavalheirescamente (Geertz, 1986, p. 119).

Para Victor Valla, a questão religiosa das classes populares não se reduz a uma questão tradicional e arcaica. Do ponto de vista cultural, a religião se constitui, de fato, numa resposta consistente às suas situações de impasse. Na perspectiva das classes populares, que reconhecem a impossibilidade de, no contexto sociopolítico dominante, saírem de sua situação de pobreza, a religião popular, com efeito, desempenha vários papéis:

cria uma identidade mais coesa entre as classes populares, ajuda a enfrentar as ameaças, a ganhar novas energias na luta pela sobrevivência, e reforça uma resistência cultural que, por si só, reforça também a busca da religião como solução (Valla, 2002, p. 71).

Nesse sentido, em seu relato, Danielle Ferreira, refere-se à fé — entendida na linguagem bíblica paulina como “a certeza de coisas que se esperam e a convicção de fatos que não se vêem” — como referência orientadora das “atitudes para com Ele, com os outros e consigo, para o nosso bem e o dos irmãos”, e também como elemento motivador “nos momentos de fraqueza e desilusão, para não desistirmos facilmente diante das dificuldades”.

Conclusão

As experiências de extensão universitária em educação popular, no campo da saúde, oportunizam, de fato, mudanças muito significativas em várias dimensões. No contexto de crise do próprio paradigma científico que sustenta o processo de formação do profissional da área de saúde, algumas práticas extensionistas no campo da saúde em contextos sociais marginalizados ensejam o surgimento de perspectivas educacionais e profissionais deveras instigantes.

Os depoimentos analisados evidenciam que o encontro com situações e pessoas das classes populares, que vivem em situação social de risco, provoca no profissional da saúde profundo desconcerto. Os hábitos alimentares e higiênicos, a concepção do corpo e, de modo particular, a miséria, a doença e a morte, afetam profundamente o campo da subjetividade do profissional. Este vivencia processos trágicos, que o interpelam a rever e a reconstituir seu modo de ser no mundo. Descobre suas próprias ambivalências que, em interação com a complexidade do ser do outro, coloca múltiplos desafios, abre infinitas possibilidades e, sobretudo, exige um salto de dimensão no seu modo de entender a prática científica, profissional, social e cultural. Nesse sentido, redescobre o significado de trabalho interdisciplinar, revaloriza o comprometimento social e re-significa a espiritualidade.

Referências bibliográficas

- Bateson, Gregory. *Mente e natura: un'unità necessaria*. Milão: Adelphi, 1984 [1979].
- Bhabha, Homi. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- Derrida, Jacques & Gianni Vattimo (org). *A religião: o seminário de Capri*. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.
- Farina, Cynthia. *Vida como obra de arte: arte como obra e vida. Por uma pedagogia das afecções*. Mestrado. Pelotas: Programa de Pós-Graduação em Educação, UFPel/RS, 1999.

- Fagundes, José. *Universidade e compromisso social; extensão, limites e perspectivas*. Doutorado. Campinas: Unicamp, 1985, 170 pp.
- Fazenda, Ivani Catarina Arantes. *Integração e interdisciplinaridade: uma análise da legislação do ensino brasileiro de 1961 a 1977*. Mestrado. São Paulo, PUC-SP, 1978, 111 pp.
- Freire, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975, 224 pp.
- Fleuri, R. M. “Intercultura e universidade: a emergência do conhecimento conversitário”, in: Fulbright Brainstorms, 2004, Lisboa. *Novas tendências no ensino superior*. Lisboa: Fulbright Commission, 2004, 45 pp. Publicado digitalmente em <http://www.ccla.pt/brainstorms/release1.0/flash.htm> (acesso em out. 2004).
- Fleuri, R. M. & M. V. Costa. *Travessia: questões e perspectivas emergentes na pesquisa em Educação popular*. Ijuí: Unijuí, 2001. 124p.
- Gardner, Howard. *Inteligências múltiplas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Geertz, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- . *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- Martins, José de Souza. *A chegada do estranho*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- Nietzsche, Friedrich. *Ecce homo. Como alguém se torna o que é*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- . *El nacimiento de la tragedia*. Madri: Alianza, 1997.
- Valla, Victor Vincent. *Educação e favela*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- . Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre o Pentecostalismo no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, n.º 19, pp. 63-75, 2002.
- Xavier, Marcia Rejania Souza. *Educação e religião: os entre-lugares da educação de adultos na ação educativa do PEACE*. Mestrado. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Educação da UFSC, 2003.

FORMAR PROFISSIONAIS DE SAÚDE CAPAZES DE CUIDAR DO FLORESCER DA VIDA

EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

Somente sabem falar os que sabem
fazer silêncio e ouvir.
E, sobretudo, os que se dedicam
à difícil arte de adivinhar;
adivinhar os mundos adormecidos que
habitam os vazios do outro

— MAHATMA GANDHI

SABEMOS DA DOR IMENSA que é ver dimensões fundamentais do nosso problema de saúde serem menosprezadas, no momento confuso e tenso da crise da doença, por profissionais que nos tratam com a atenção focada apenas no órgão de nosso corpo considerado avariado. Sabemos da chatice e da angústia de precisar atuar profissionalmente, anos após anos, de uma forma eminentemente técnica, sem poder expressar, no nosso trabalho, as emoções que tão intensamente são instigadas na relação com as situações de crise e sofrimento dos pacientes. Sabemos do grande peso para a nação que é sustentar um sistema de saúde extremamente caro por estar regido por uma lógica mercantil em que o profissional é treinado a valorizar principalmente os procedimentos que geram consumo de sofisticados produtos do complexo industrial médico. Sabemos da grande falta para a humanidade que representa ter tantas pessoas com grande potencial criativo e amoroso sendo esmagadas por situações de doença devido à incapacidade do sistema de saúde em lidar de forma mais criativa com a

complexidade de aspectos envolvidos na sua gênese e tratamento. Por causa desta dor, angústia e ineficácia, investir e estudar novos caminhos para a formação profissional em saúde é urgente e importante.

A maneira como a atenção à saúde é prestada não depende apenas da qualidade da formação de seus profissionais. Fatores econômicos, políticos, institucionais e tecnológicos são fundamentais. Mas estamos assistindo no Brasil a uma situação em que muitos destes outros fatores foram mudados profundamente com a consolidação do SUS, sem resultar em alterações mais radicais do atendimento por causa da maior inércia na transformação do ensino dos cursos de saúde. Há hoje um amplo reconhecimento de ser este um importante ponto de estrangulamento do movimento de reforma do sistema de saúde brasileiro.

A inculcação subliminar de um agir técnico desvestido de sentimentos

A formação universitária em saúde mostra-se ainda muito marcada pelo modelo de ensino que se consolidou nos EUA, no início do século XX, a partir dos estudos e propostas de Flexner, que criou os padrões de organização do ensino para todos os cursos de medicina do seu país. Este jeito de organizar o ensino se espalhou para todos os países e para todos os outros cursos universitários de saúde que, assim, adequaram-se ao jeito de lidar com os problemas de saúde do paradigma newtoniano e cartesiano de ciência.¹ Nele, o universo é encarado como um mecanismo gigantesco que funciona segundo princípios bem-definidos. O mistério não existiria: há problemas e desafios. Todos os problemas podem ser claramente formulados, investigados e resolvidos se houver in-

¹ Termo alusivo a Isaac Newton (1642-1727) e René Descartes (1596-1650) que estabeleceram os elementos fundamentais do método como a ciência moderna investiga seus objetos de estudo.

vestimento e tempo para pesquisas feitas dentro deste modelo de investigação. A medicina decorrente desta visão da realidade é materialista, mecanicista e organicista. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados do ponto de vista da biologia celular, da bioquímica e das leis da física. O papel do profissional de saúde é intervir física e quimicamente para consertar o defeito no mecanismo enguçado. As atividades mentais (pensamento, sentimento, sonho, contentamento, sofrimento e angústia), quando valorizadas, são entendidas apenas como resultado da anatomia, bioquímica e fisiologia do cérebro.

Para trabalhar orientado por este jeito considerado, até então, como científico de fazer medicina, são necessários profissionais que apliquem as técnicas de modo desvestido de sentimentos, pois estes corroeriam a objetividade. São necessários profissionais que aprendam a olhar para os pacientes de um modo focado em seus órgãos e não na sua totalidade como pessoa. Cada manifestação do paciente é processada procurando identificar seu significado como sinal de acometimento de um órgão específico do seu corpo, de modo que chegue a uma classificação do problema dentre uma das diversas entidades patológicas já definidas e estudadas pela ciência. As manifestações do paciente têm sentido e são valorizadas apenas se ajudam a encontrar a classificação do problema dentro das categorias já padronizadas pela ciência. É preciso também de profissionais treinados a repararem principalmente nas doenças, desvalorizando as peculiaridades positivas e a garra da pessoa em buscar ser mais. É necessário também que os profissionais sejam treinados a dar valor apenas ao saber produzido nos grandes centros de pesquisa e que conseqüentemente desvalorizem o saber produzido localmente pelas comunidades e pelos colegas. O saber presente nas tradições passa a ser visto apenas como curiosidade. É ainda preciso de profissionais competitivos e, conseqüentemente, individualistas, pois a concorrência é consagrada como o grande instrumento de garantia da eficiência. Tudo isto resulta em trabalhadores habilidosos em tratar doenças orgânicas, mas que não sa-

bem cultivar o florescimento da vida. Fazer a vida florescer é muito mais do que tratar e prevenir doenças específicas.

Todos estes valores são inculcados nos estudantes durante o curso sem que haja nenhuma disciplina que os ensine de forma explícita. Há uma pedagogia oculta no modo de operar as diversas disciplinas do curso que passa pela glorificação de profissionais mais velhos que se adequaram ao modelo, pela negação do estudo do ser humano em sua totalidade e o estudo minucioso dos detalhes do seu corpo. Passa pelas entrelinhas de disciplinas aparentemente bem técnicas como a semiologia, que ensina a escutar, examinar e analisar os doentes dentro deste modelo fragmentador do ser humano. Passa ainda pelo excesso de exigências de estudos, leituras, provas e trabalhos acadêmicos que leva o estudante a definir dimensões de sua vida pessoal em que outros olhares poderiam se desenvolver e pelo incentivo à competição entre os alunos pela melhor nota. O grande sucesso deste modelo de abordagem terapêutica em muitas situações clínicas é utilizado para divulgá-lo como o único modelo legítimo de medicina. Mas há também um grande mestre que fica fora da escola: a economia capitalista de mercado que premia financeiramente os que se amoldam às suas leis, bem como desenvolve e difunde os seus valores, através da indústria cultural. Ser bem-sucedido na vida fica parecendo só ser alcançável seguindo o que é divulgado nos meios de comunicação de massa e o que é valorizado pelo mercado.

Como é eficiente esta pedagogia universitária oculta!

Estou envolvido em um projeto de extensão universitária na UFPB em que participam muitos estudantes de todos os cursos da saúde. Eles vão semanalmente a uma comunidade da periferia de João Pessoa, onde se responsabilizam pelo acompanhamento de algumas famílias. No início, achávamos que os estudantes dos últimos anos eram mais adequados para participarem do projeto, pois já teriam maior formação técnica e poderiam, assim, trazer mais contribuições. Mas fomos vendo que os estudantes dos primeiros períodos tinham atuação muito mais eficaz. Eles se envolvem com

a totalidade dos problemas familiares e sociais que encontram. Emocionam-se com o que vêm e, mobilizados por esta emoção, desdobram-se em pesquisas, conversas e articulações para enfrentar os problemas. Já os estudantes do final de curso, em sua maioria, tendem a só valorizar aspectos dos problemas de saúde em que se capacitaram com alguma técnica de atuação. Seu olhar já não repara naquilo em que não foram treinados para atuar. Tendem a se emocionar muito menos e agem de forma calculada. Seus vínculos com as famílias são muito menores e suas atuações resultam em transformações muito mais tímidas. Vão se tornando pessoas com olhar focado e frio, como se tivessem uma viseira, destas que os burros que puxam carroças nas cidades usam para não se espantarem com os carros. Em seus cursos ganham um martelo, ou seja, um instrumento de trabalho terapêutico, e passam a só procurar pregos na realidade. O instrumental de ação técnica adquirido passa a limitar e orientar seus olhares para a realidade.

É possível remar contra a maré? Querer formar profissionais em outra lógica de abordagem dos problemas de saúde não seria apenas um sonho em uma noite de verão de alguns idealistas utópicos?

Sementes de mudança

A firme resposta negativa a esta última pergunta não vem sendo dada por alguns teóricos descontentes, mas por um forte e diverso movimento social que vem crescendo em diversos países do planeta. Multiplicam-se movimentos de doentes e pessoas sadias insatisfeitas com o modelo médico dominante e que se apaixonam e passam a difundir formas alternativas de abordagem terapêutica. Multiplicam-se movimentos de profissionais de saúde que, por alguma circunstância especial de suas vidas, descobriram formas diferentes de trabalho e se tornaram fascinados com seus resultados. Há uma ampla variedade de associações profissionais se formando e se expandindo, lutando por práticas de saúde alternativas ao modelo dominante. Elas têm organizado uma infinidade de

congressos, cursos, publicações, grupos de pesquisa e outras modalidades de formação e aprimoramento profissional que vão dando caráter muito mais elaborado às suas práticas. Em muitos lugares, movimentos populares vêm conseguindo criar formas de intervenção e questionamento dos serviços de saúde oficiais que têm gerado práticas extremamente inovadoras e criativas em que os fabulosos instrumentos terapêuticos da medicina newtoniana e cartesianiana são integrados com saberes populares, abordagens espirituais, dinâmicas de grupo e lutas políticas. Movimentos sociais bastante diversos (como os movimentos de mulheres, *gays*, prostitutas, sem-terra, índios, meninos de rua, moradores de rua, parteiras, rezadeiras, pessoas com hanseníase, portadores de deficiência física, familiares de alcoólicos, trabalhadores das mais diversas categorias, usuários de drogas, moradores de bairros periféricos e de classe média, artistas, estudantes, capoeiristas, bem como igrejas, partidos políticos, órgãos de imprensa, clubes de serviço, organizações não-governamentais) incorporaram, em suas práticas e em suas lutas, bandeiras e propostas de abordagem dos problemas de saúde da sociedade que superam o materialismo, o organicismo e o mecanicismo da medicina dominante. Governos e entidades internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, pressionados pela crise orçamentária, vêm investindo no desenvolvimento e aprimoramento de novas formas de organizar o atendimento em saúde. Grupos universitários de pesquisa e ensino já criaram uma série de publicações, projetos de extensão universitária, disciplinas e redes de troca de informações que muito têm avançado no delineamento dessas novas formas de trabalho em saúde. Grupos privados, orientados por técnicas alternativas de saúde, têm prosperado e multiplicado em todos os países com suas clínicas, cursos e publicações.

No Brasil, em particular, este movimento ganhou contornos mais definidos a partir da década de 1970 quando se organizou o denominado movimento sanitário brasileiro, aglutinado em torno da luta pela mudança do sistema público de saúde. Muitas ini-

ciativas foram implementadas, tanto no nível macro das instituições, como no nível das práticas locais de assistência. Acumulou-se, neste processo, uma rica experiência sobre os caminhos para tornar a assistência à saúde mais integral e mais participativa.

Atualmente na sociedade, há muitos profissionais de saúde reconhecidos e admirados que construíram caminhos próprios de formação para o trabalho em saúde em lógicas diferentes, criativas e inovadoras que podem servir como importantes referências para se pensar os novos caminhos de formação do trabalhador em saúde. Grande parte do que se busca, nesse sentido, já existe de forma pontual e dispersa. O desafio maior é o reconhecimento e a sistematização destes novos caminhos, assim como a sua generalização nas várias instituições voltadas para a formação profissional em saúde.

As pequenas histórias aqui reunidas de alguns dos atuais atores deste movimento são ilustrativas desta construção histórica. Por meio delas, este livro pretende explicitar alguns dos aprendizados deste movimento tão espalhado de busca dos novos caminhos profissionais no campo da saúde.

Por muito tempo, acreditou-se que a mudança profissional seria alcançada principalmente por meio da inclusão, nos currículos dos cursos, de novas disciplinas que refletissem o caráter mecanicista e biologicista do modelo dominante de assistência, trazendo principalmente estudos críticos das ciências humanas e sociais, bem como da saúde pública. Ainda hoje, é usual que as primeiras propostas que surgem em processos de reforma do ensino em saúde sejam a inclusão de disciplinas que abordem dimensões que se considera estar faltando na prática hegemônica do setor saúde. Mas o que se tem percebido é uma grande ineficácia destas novas disciplinas sobre ética, psicologia, sociologia da saúde, filosofia, saúde pública, medicina preventiva, educação popular em saúde, saneamento, política, etc. Os estudantes, em geral, não gostam e não as valorizam. Ao contrário da maioria das disciplinas técnicas que têm uma parte prática significativa, elas costumam ser ministra-

das de forma bastante teórica e abstrata: aulas expositivas, textos e provas sobre os conteúdos dados. A metodologia de ensino das ciências sociais e humanas é muito mais teórica do que as das ciências voltadas para o atendimento clínico que tradicionalmente valorizam muito a aprendizagem a partir de situações concretas encontradas nos hospitais, ambulatórios, laboratórios e salas de anatomia. Por utilizarem conceitos das ciências humanas e sociais que os estudantes do setor saúde conhecem pouco, seus conteúdos ficam parecendo muito distantes da realidade concreta. É significativo que nenhuma das histórias, narradas neste livro sobre vivências que marcaram o despertar de uma nova postura profissional, refira-se aos aprendizados ou os valorize neste tipo de disciplina.

Mas por onde passariam, então, as transformações mais profundas do modo de encarar o trabalho em saúde?

Analisando as várias histórias aqui narradas, fica evidente que estas grandes transformações ocorreram a partir de situações pessoais e familiares dos estudantes, contatos especiais com pacientes e moradores nas comunidades atendidas ou relacionamentos com outros profissionais e colegas da universidade que desencadearam grandes emoções. Mobilizados por essas emoções seguiram-se reflexões, pesquisas e iniciativas que foram se articulando em novos caminhos. Mas é impressionante que nas histórias narradas, este processo reflexivo não encontrou apoio nas disciplinas dos cursos. As reflexões mais marcantes da carreira destes profissionais tiveram que ser elaboradas apenas na esfera privada de suas vidas.

A vida pulsa intensamente no cotidiano da universidade através da vida pessoal dos estudantes, professores, pacientes e comunidades atendidas. Mas o método da ciência newtoniana e cartesiana abordar a realidade, procurando expulsar da pesquisa e do estudo as dimensões emocionais dos próprios profissionais para se chegar a maior objetividade, faz com que a riqueza e complexidade da vida sejam analisadas apenas racionalmente e de modo fragmentado. Os fatos mais significativos da vida, sempre acompanha-

dos de forte emoção, não têm espaço na academia. Trazê-los para a discussão nas aulas é considerado inadequado, pessoal demais e, até, vergonhoso. Ficando fora dos espaços formais de ensino, eles só podem ser elaborados na intimidade da vida de cada um, que, por sinal, fica bastante empobrecida com o alto nível de exigência das tarefas acadêmicas.

Uma pedagogia que valorize a reflexão da dinâmica emocional do profissional

O trabalho em saúde lida justamente com as situações de crise, muitas vezes intensas, das pessoas. O sofrimento cria inseguranças. A ameaça de morte ou invalidez questiona valores estabelecidos. A interrogação sobre as razões da doença leva a reflexões emocionadas sobre o modo anterior de organizar a vida e o seu sentido. A ameaça de perda de parentes e amigos faz pensar nas relações que eram dadas como naturais. Nesse momento, muitas vezes carregado de desespero, as pessoas se abrem intensamente ao profissional de uma forma que não fariam para nenhum outro. O profissional tem, portanto, acesso a dimensões muito íntimas da realidade. Nessa situação de extrema fragilidade do doente e de sua família, seus gestos e palavras têm grande significado, repercutindo intensamente. Pode-se dizer que ele, como poucos, aproxima-se e manuseia o “olho do furacão” da vida humana. É o peso e o fascínio do trabalho em saúde. Vai deixando de ser peso e se tornando fascínio quando se adquire habilidade e tranquilidade neste manejo, se descobre a potencialidade transformadora presente na crise e se ganha confiança na força de pequenos cuidados no alívio.

Lidar com emoções, crise, desespero, gratidão, sofrimento, ansiedade e confusão é parte central do trabalho em saúde. Não se aproxima destas dimensões do existir sem ser tocado emocionalmente. A fria objetividade técnica buscada pelo modelo da medicina cartesiana e newtoniana apenas mascara as perturbações desencadeadas no profissional, tornando-as recalçadas e confusas. O

esforço intenso necessário para não deixar aflorar as emoções instigadas, em nome dessa pretensa objetividade técnica, torna a profissão desgastante. O recalque dessas emoções expulsa a motivação e a graça do trabalho cotidiano e elimina um grande instrumento terapêutico para um agir mais profundo na subjetividade do paciente e de seus familiares.

No trabalho em saúde, é como se o profissional estivesse na primeira fila do teatro da vida. Uma oportunidade inigualável para adquirir maior compreensão da natureza humana. Mas o modo considerado científico de ver a realidade funciona como uma viseira que não permite um olhar abrangente sobre a situação, tornando-se um grande empecilho para o envolvimento com o drama humano que se assiste e para a contemplação, cheia de fascínio, do espetáculo da vida que se cuida. Para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira. É preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva. Sem este desenvolvimento, a aproximação da vulnerabilidade e dor dos pacientes torna-se opressiva e sofrida. Desencadeia perturbações emocionais com que o profissional não sabe como lidar. As fraquezas do outro evidenciam as próprias deficiências e sofrimentos, obrigando o profissional a se proteger do seu contato com uma série de mecanismos de defesa. A superação desta situação não acontece apenas com discussões e propostas teóricas. É difícil encontrar um profissional que não concorde com a noção de que o carinho é importante na medicina e de que é preciso abordar o paciente em sua inteireza. Mas a capacidade de se deixar ser afetado pela totalidade complexa do drama humano sob sua responsabilidade, sem perder a objetividade, depende de um desenvolvimento pessoal que, antes de ser valorizado na formação profissional em saúde, é por ela prejudicado.

A psicologia, a psiquiatria e a antropologia, muitas vezes ensinadas, enfatizam e estudam a dinâmica subjetiva dos pacientes, mas não a dinâmica subjetiva do profissional em seu confronto com a crise do viver. E o fazem de um modo apenas racional. As emoções

são estudadas teoricamente. Não se aprende a escutá-las e acolhê-las na forma como surgem no trabalho e na vida do profissional. Não se aprende a valorizá-las como tais e não apenas como sinais e sintomas que ajudem no raciocínio diagnóstico ou como elemento a ser considerado na elaboração lógica da estratégia terapêutica. A emoção, a intuição e a sensibilidade do profissional são muito mais do que isso. São elas que mobilizam a garra do cuidador na superação dos obstáculos. São elas que ajudam a perceber dimensões sutis envolvidas nas situações abordadas que vão muito além do que é treinado em semiologia. São elas que inspiram ações emocionadas com grande repercussão terapêutica. São elas que mobilizam uma inteligência intuitiva extremamente ágil e potente no corre-corre tenso do trabalho em saúde em que não há tempo para uma consideração lógica, cuidadosa e discutida de cada uma das várias condutas a serem tomadas. São elas que criam vínculos com os pacientes e os deixam tranquilizados e envolvidos com o tratamento. São elas que tornam o trabalho em saúde cheio de graça e realização e que inspiram sentidos que dão significado ao enfrentamento de tantas dificuldades. Elas dão colorido ao cuidado.

A emoção, a intuição e a sensibilidade já estão presentes no cotidiano de todos os profissionais e estudantes do setor saúde, mas de uma forma recalcada e não elaborada. Desse modo, seu aparecimento no ato de cuidar pode ser fonte de confusão e, até, de grosserias. É preciso criar espaços pedagógicos para a sua elaboração e desenvolvimento. Em virtude da característica do trabalho em saúde de lidar basicamente com as doídas e angustiantes situações de crise e dificuldade do viver, a emoção, a intuição e a sensibilidade precisam ocupar o centro da atenção do ensino em saúde. Mas como fazê-lo se não há experiência acumulada e sistematizada no corpo docente das atuais instituições formadoras de recursos humanos no manejo dessas dimensões?

A maioria dos estudantes é de jovens pouco experientes que estão entrando em contato com a complexidade e dramaticidade da vida através de seus novos pacientes. Vivem situações que os dei-

xam perplexos e emocionados, mas não têm espaço de discussão dessas vivências, a não ser das dimensões técnicas envolvidas. A depressão dos pacientes está amplamente discutida nos manuais, mas não há espaço para discutir a tristeza do profissional que convive com a crise intensa dos pacientes. Há tratados sobre a sexualidade, mas não há espaço para discutir os desejos e as repulsas que lhe acometem em seu trabalho que lida tão intimamente com o corpo. Apenas alguns professores, nos intervalos das disciplinas centradas na transmissão da imensa carga de conhecimentos exigida, criam alguns espaços, sempre bastante circunscritos, de discussão e reflexão destes aspectos. Mas, em geral, o fazem lançando para os alunos os seus aprendizados sobre essas situações, sem criar maiores espaços de escuta das vivências dos estudantes.

Por que não organizar espaços pedagógicos, disciplinas ao longo de todo o curso, em que estas vivências subjetivas possam ser discutidas e compartilhadas? Disciplinas com conteúdo não definido anteriormente, mas baseadas na problematização destas situações imprevistas, mas que sempre surgem, e no compartilhamento carinhoso das emoções despertadas? Exigiriam professores dispostos a abandonar a segurança de irem para a sala de aula sabendo o que será discutido. Professores hábeis na criação de ambientes de acolhimento para a manifestação destas vivências emocionadas e capazes de identificar os elementos mais importantes para um aprofundamento. Professores que saibam respeitar a diversidade de valores e de modos de operar a subjetividade presentes entre os estudantes.

Algumas universidades brasileiras já estão incluindo disciplinas com esta preocupação em seus currículos. Como não poderia deixar de ser, muitas dificuldades estão sendo encontradas. Os profissionais de saúde e, conseqüentemente, os professores do setor saúde têm tradicionalmente uma atitude bastante prescritiva que tem se mostrado muito presente nestas disciplinas. A convicção muito forte do professor nos seus próprios caminhos de manejo da subjetividade acaba inibindo uma escuta mais aberta à diversidade de

situações pessoais presentes. Ficam muito fixados na transmissão das soluções em que acreditam para as situações apresentadas. A formação especializada de quase todos os professores faz com que a discussão dos problemas se torne excessivamente centrada em apenas uma das disciplinas teóricas de estudo do ser humano, ou seja, baseada apenas na psicologia ou na sociologia, filosofia, teologia, saúde pública ou, até mesmo, em uma de suas diversas correntes teóricas ou ideológicas. Nesse contexto, se pode dizer que os caminhos dessa formação humana nos cursos de saúde ainda estão em construção.

A dificuldade não tem mostrado ser apenas dos professores. Estudantes, acostumados com o ensino vertical tradicional, tendem a ficar incomodados com a aparente improdutividade de aulas em que não se percebe claramente o volume de conhecimentos teóricos repassados. Sentem falta de uma articulação claramente lógica e planejada dos conteúdos ensinados. Têm dificuldade e medo de expressar e debater suas próprias vivências. Temem não ver contemplados os conteúdos exigidos em provas de concursos. Criam mecanismos de defesa diante do questionamento de valores e sentimentos íntimos, até mesmo o ataque agressivo a quem o provoca. Diante da dificuldade inicial de trazer à tona os sentimentos, questionamentos e vivências dos estudantes, pode-se utilizar de filmes, textos literários, depoimentos de outros profissionais e de pacientes ou poesias para iniciar o debate. Mas, principalmente, é importante trazer a rica experiência das dinâmicas educativas desenvolvidas no movimento da educação popular latino-americano que, pela grande capilaridade na sociedade, formou bons oficinas em quase todos os recantos do País. As dinâmicas educativas ajudam a criar um clima afetivo necessário para a exposição de dimensões delicadas da intimidade.

Neste momento de desafio da construção nas universidades de uma tradição de práticas educativas humanizadoras, não diretivas e valorizadoras da experiência dos educandos, é importante trazer reflexões de educadores mais experientes que já vinham ten-

do estas preocupações em outros campos pedagógicos. Paulo Freire, por exemplo, em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, já em 1966, dizia:

[. . .] na educação problematizadora, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de **estar sendo com** as liberdades e não contra elas [. . .].

[. . .] O objeto cognoscível, de que o educador bancário se apropria, deixa de ser, para ele, uma propriedade sua, para ser a incidência da reflexão sua e dos educandos.

Deste modo, o educador problematizador re-faz, constantemente, seu ato cognoscente, na cognoscibilidade dos educandos. Estes, em lugar de serem recipientes dóceis de depósitos, são agora investigadores críticos, em diálogo com o educador, investigador crítico, também.

Na medida em que o educador apresenta aos educandos, como objeto de sua “ad-miração”, o conteúdo, qualquer que ele seja, do estudo a ser feito, “re-admira” a “ad-miração” que antes fez, na “ad-miração” que fazem os educandos.

A metodologia educativa da educação popular é reconhecida internacionalmente como a pedagogia não diretiva baseada na problematização que mais consegue integrar as dimensões política, cultural, ecológica, subjetiva e técnica. Dinâmicas de grupo orientadas apenas pela psicologia dificilmente conseguem valorizar e integrar as dimensões não subjetivas.

Mas outras experiências de formação humana precisam também ser trazidas, mesmo as das tradições sapienciais deixadas de lado pela modernidade. Cinco séculos antes do nascimento de Cris-

to, Sócrates (469-399 a.C.) já ressaltava, como caminho fundamental da sabedoria, a expressão “CONHEÇA-TE A TI MESMO” gravada no portal de entrada do oráculo de Apolo, na cidade de Delfos, o mais famoso templo da Grécia Antiga. Os gregos da Antigüidade tinham relações comerciais intensas com vários povos, o que criou as bases para a grande contribuição que deram ao pensamento através da organização e integração do conhecimento então existente. Assim, pode-se afirmar que esta ênfase no autocohecimento como caminho da sabedoria não era apenas dos gregos, mas de grande parte das civilizações antigas.

Valorizar a espiritualidade

Há na humanidade um imenso e diverso conjunto de tradições sapienciais, muitas delas frutos de uma acumulação milenar, que ficou totalmente desprezado pelo ambiente acadêmico, apesar de muitos dos maiores cientistas terem buscado nelas sua orientação pessoal. O dualismo da ciência moderna, com seu método que exige radical separação entre o estudo empírico da natureza e a intuição espiritual, fez com que a vivência espiritual ficasse restrita à vida privada dos profissionais e pesquisadores sem que pudesse ser discutida nas instituições públicas. Acreditou-se, por muito tempo, que estas tradições sapienciais não sobreviveriam com o avanço das ciências. Mas a sua forte presença e até florescimento no início do terceiro milênio, bem como o reconhecimento pela crítica filosófica pós-moderna do caráter perverso de uma civilização que se pretende orientar apenas pelo saber instrumental da ciência, levaram a uma revalorização da espiritualidade.

Espiritualidade é um conceito que vem crescentemente sendo usado, pois é mais abrangente que o de religião, uma vez que inclui formas não religiosas de conexão e integração com o eu profundo. Espiritualidade transcende as organizações religiosas e, às vezes, entra em conflito com elas. Inclui tanto tradições sapienciais milenares como o cristianismo, budismo, ioga, islamismo, artes

marciais e as várias linhas de esoterismo, como também o envolvimento em atividades artísticas, alguns tipos de psicoterapia e, até, para alguns, a participação em esportes radicais.

Na oração, meditação, ritual religioso, contemplação, psicoterapia, no diálogo no encontro amoroso profundo, no processo de criação artística, no enlevo propiciado pelo contato com a arte, no debate reflexivo dos movimentos sociais e em situações de grande mobilização para lutas sociais, fatos e ações são rememorados, sentimentos sutis são escutados, intuições são valorizadas, sensações são percebidas e lembradas. Num clima de sensibilidade, estas várias dimensões vão se articulando, não apenas num processo de pensamento lógico e racional, mas principalmente a partir da inteligência involuntária do inconsciente. São confrontadas com os valores e opções mais fundamentais da pessoa e do grupo. E vão gerando novas percepções e vontades, bem como despertando energias, todas expressas de forma sintética em formulações simbólicas cheias de emoção. O encantamento com essa nova perspectiva de interpretação dos fatos do dia-a-dia vai levando ao cultivo de um estado reflexivo mais constante na vida, em que afetos e gestos rotineiros passam a ser questionados e re-significados. O aprendizado que ocorre é incorporado tanto em nível da consciência como do inconsciente e se mantém para se manifestar em situações futuras imprevistas e, até mesmo, nos gestos espontâneos e impensados. É um processo que todas as pessoas, de alguma forma, já experimentaram em suas vidas de modo esporádico, mas que não é fácil de ser mantido de maneira continuada e intensa. O apoio a esta jornada de autoconhecimento, que inclui dimensões mais profundas do ser, é o papel das tradições espirituais.

A espiritualidade (na América Latina representada principalmente pelas religiões) é o campo de elaboração subjetiva em que a maioria da população constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca motivação para a superação da crise existencial colocada pela doença. É referência central para a organização de grande parte das mobilizações comunitárias para enfrentamento

dos problemas de saúde. É o espaço em que a maioria dos profissionais de saúde estrutura o sentido e a motivação para o seu trabalho. Valorizar esta dimensão da realidade não é uma questão de ter fé ou não em Deus, mas de considerar processos da realidade subjetiva e social que têm uma existência claramente objetiva. Sem entender o olhar e a elaboração religiosa não se pode compreender a perspectiva em que a maioria dos usuários dos serviços de saúde e dos seus profissionais se relaciona com a realidade.

Desconsiderar a importância da espiritualidade para a maioria das pessoas é preconceito e negação do espírito de objetividade da ciência. Mas, para valorizar essa dimensão, não basta reconhecer este fato cultural e psicológico. É preciso considerar no trabalho em saúde a imensa quantidade de estudos que vêm sendo feitos no campo da antropologia, sociologia, psicologia, filosofia, neurobiologia, ciências da religião e epidemiologia para melhor compreender os pacientes e os profissionais de saúde neste aspecto. Estes estudos vêm criando um corpo de conceitos e uma linguagem que está permitindo trazer este debate para as universidades de uma forma que possibilita a participação de seguidores das mais diversas orientações religiosas e, até mesmo, de ateus. Nos EUA, vários cursos universitários de saúde estão incluindo formalmente esse tema de debate em seus currículos.

Os caminhos do autoconhecimento através da espiritualidade são diversos e muito pessoais. É possível estudar as novas teorias que ampliam a compreensão de seu significado nas práticas de saúde e refletir sobre como lidar com esta dimensão da vida no cotidiano do trabalho. Mas o desenvolvimento do autoconhecimento de cada estudante é algo que dependerá de suas escolhas e das oportunidades em sua vida privada. No entanto, é possível criar espaços pedagógicos reflexivos em que esta jornada pessoal possa ser valorizada, compartilhada e problematizada de forma respeitosa. Esta reflexão em espaços públicos, como as universidades, pode contribuir para a superação do fundamentalismo e intolerância que tanto tem crescido e marcado a vida religiosa na so-

cidade contemporânea, com importantes repercussões nos serviços de saúde.

Diante da falta de tradição de um trabalho pedagógico nesta perspectiva nas universidades e da tradicional desconfiança do meio acadêmico com temas que abordem a vida espiritual, talvez seja este o desafio mais audacioso a ser enfrentado na busca de uma formação em saúde mais humana.

Uma pedagogia problematizadora centrada na discussão de situações concretas de trabalho

É impressionante como os acontecimentos, que marcaram positivamente a postura profissional dos vários autores deste livro, se referem principalmente a relações com pacientes e comunidades em que estavam trabalhando. Foram acontecimentos que desencadearam fortes emoções e levaram a uma reflexão cheia de desdobramentos. O trabalho em saúde é muito rico no que tange ao acesso à realidade. Como já foi dito, é como se estivéssemos na primeira fila do teatro da vida. Não é só a já discutida dificuldade em lidar com as emoções instigadas pela proximidade tão intensa com o drama da vida que empobrece o olhar do profissional de saúde e dos estudantes, tornando-o distante e pouco envolvido com a totalidade dos acontecimentos. O estudo do drama da vida, feito por meio de disciplinas bastante especializadas, também vai gerando no estudante um olhar direcionado apenas às suas partes, impedindo uma compreensão ampliada. Para a compreensão da totalidade não basta o estudo minucioso de cada parte e de cada aspecto. É fundamental perceber a articulação, sempre surpreendente, entre os vários elementos constituintes da realidade. O todo é muito mais do que a soma das partes. E para esta compreensão totalizante, a intuição e a emoção são muito importantes. Elas geram impressões, imagens e idéias sintéticas sobre os acontecimentos que são fundamentais para uma percepção globalizante. Mas, como possibilitar ao estudante uma compreensão ampliada e

articulada da realidade de saúde, se grande parte do conhecimento científico está sistematizado e organizado de forma especializada e disciplinar?

A atenção à saúde está dividida em diferentes profissões bastante separadas entre si, especializações, subespecializações e as várias correntes teóricas das diversas disciplinas científicas. A dor de D. Maria com uma úlcera péptica é analisada e abordada de forma muito diferente por psicólogo, sanitarista, fisiologista, filósofo, gastroenterologista, enfermeira, farmacêutico, cirurgião, histologista, nutricionista, assistente social, radiologista, cientista político, etc. Com certeza cada um terá elementos teóricos importantes para contribuir na solução do problema. Como articulá-las?

Se a ciência tende a estudar cada problema de forma disciplinar e especializada, o paciente, sua família e os movimentos sociais demandam uma atenção integral. Em cada pequeno fato social e sanitário está presente a complexidade da vida e as suas múltiplas dimensões. A assistência integral se constrói principalmente através do pôr a ação terapêutica subordinada às demandas globais dos pacientes, seus familiares e seus movimentos sociais. A sensibilidade às cobranças (firmes ou sutis) das pessoas e dos grupos sociais com problemas leva à busca pela superação dos limites de cada disciplina ou profissão. Apesar de parecer simples, isto é difícil. O olhar adestrado pela universidade através da formação disciplinar e especializada, a chamada “viseira científica”, faz com que o profissional de saúde interprete as demandas diversas e gerais da população dentro de categorias de análise ensinadas que desconsideram o que não se encaixa nos modos de operar das disciplinas científicas, especialidades e profissões disponíveis. O olhar focado pela viseira científica empobrece o entendimento das mensagens sinalizadoras das amplas necessidades da população. Os estudantes do setor saúde só começam a ter contato mais intenso com a realidade de vida dos pacientes depois que seu olhar já foi bastante treinado por vários semestres de ensino disciplinar e especializado. Os primeiros contatos são sempre guiados por *mestres do olhar focado*

que vigiam e reprimem envolvimento não orientados pela técnica. Além disso, o ambiente mais usual de relação com os pacientes tem sido principalmente o grandioso hospital universitário, onde as pessoas em atendimento estão sozinhas, constrangidas e, portanto, com dificuldade de se expressarem com altivez e criatividade. Os fabulosos feitos desse modo de tratar, em muitas situações de doença, e a riqueza material de muitos profissionais que o operam com destreza, acabam por glorificá-lo como único caminho válido e eficaz, apesar da crescente insatisfação da população.

Tentando superar essa situação, vem sendo enfatizada a importância de se inserir os estudantes, desde o início dos cursos de graduação, em situações de convivência estreita com a dinâmica de vida da população, com suas lutas pela alegria e a realização plena dos seus anseios profundos em que o enfrentamento das doenças e os serviços de saúde são partes importantes. A grande proximidade de muitos serviços de atenção básica com o cotidiano de vida da população os torna em um ambiente pedagógico muito rico. Esta é a transformação curricular dos cursos de saúde que mais tem se expandido. Muitos projetos de extensão universitária têm feito sucesso uma vez que conseguem oferecer a estudantes uma inserção em diferentes cenários de convivência com a população e seus problemas de saúde, discutindo-os de forma participativa.

Cerca de vinte e cinco anos atrás, foi muito expandida a proposta de criação de estágios rurais no final dos cursos. Foi um passo importante, mas mostrou-se pouco eficaz na transformação do modo profissional de relação com a população, pois acontecia depois que a viseira científica já tinha sido profundamente incorporada pelos estudantes. E tinha repercussões limitadas sobre o restante do curso, pois os alunos tocados pela experiência não tinham mais oportunidade de questionar as várias disciplinas já cursadas.

O aluno ao entrar em um curso superior costuma ter grande ansiedade para logo entrar em contato com situações de cuidado em saúde, mas encontra apenas seguidos semestres letivos de estudos eminentemente teóricos, o ciclo básico, onde as práticas ocor-

rem apenas em laboratórios. Acreditava-se que qualquer relação com pessoas necessitando de atenção só poderia ocorrer depois que uma ampla série de conceitos fundamentais de sua profissão fosse incorporada. Contudo, o trabalho dos agentes comunitários de saúde, hoje largamente incorporado no Sistema Único de Saúde, demonstrou a potencialidade de ações de saúde pouco revestidas de conhecimentos sofisticados, mas extremamente potentes pela grande proximidade com o cotidiano de vida da população, quando acontecem integrados em uma equipe de saúde mais ampla. O movimento estudantil do setor saúde, animado pelo êxito de muitos projetos de extensão, vem também pressionando para a incorporação nos currículos de disciplinas baseadas na problematização de situações vividas a partir da inserção em diferentes ambientes sociais. Uma larga experiência internacional vem sendo acumulada nesta mesma perspectiva. O Ministério da Saúde, incomodado com a pouca adequação dos profissionais formados com as necessidades do SUS, vem também incentivando mudanças curriculares e projetos de extensão orientados por esta preocupação.

A inserção precoce do estudante em serviços de saúde tornou-se, assim, uma realidade em muitos cursos de todo o Brasil. Mas há grande diversidade entre as novas situações pedagógicas criadas. Em muitas escolas, os estudantes são levados para comunidades periféricas ou serviços de atenção primária à saúde por professores que não gostam e nem sabem fazer trabalhos comunitários. São orientados para fazer levantamentos de dados junto à população de forma padronizada ou para organizar campanhas, ações educativas e procedimentos técnicos predefinidos, sem uma aproximação e discussão anterior com a comunidade e suas famílias. São atividades que não criam diálogo aberto e laços afetivos com as pessoas, impedindo os estudantes de se aproximarem da fascinante e diferente dinâmica de luta pela saúde que marca a vida das comunidades. Resultam em atividades rotineiras e chatas que, em vez de motivar, desafiar e questionar o estudante, o fecham para maior aproximação com a saúde pública e o cuidado pessoal com

ternura. Outras vezes, a inserção nos serviços básicos de saúde pouco muda os conteúdos teóricos estudados que, em vez de se basearem na problematização e estudo de situações encontradas, continuam presos a um programa teórico definido previamente pelos professores. Diante de tantos conteúdos considerados progressistas e imprescindíveis pelos professores, deixar o processo educativo ser guiado, em algumas disciplinas, pela dinâmica imprevisível da relação com a realidade de saúde de uma comunidade e da subjetividade dos educandos fica parecendo, para muitos, algo pouco produtivo. E não é fácil para muitos professores e alunos a aproximação com amizade e afeto de uma população com tantas diferenças culturais e materiais. Não é fácil se inserir e trabalhar sem ter segurança prévia dos passos e procedimentos que deverão ser desenvolvidos logo a seguir, quando o professor teme a crítica dos alunos pela falta de produtividade imediata da disciplina. No vazio inicial de uma clareza das tarefas a serem logo implementadas, que é necessário para demandas locais poderem se manifestar em seu ritmo próprio, passa-se a atuar na lógica tradicional da saúde pública, inibindo o processo de constituição de demandas a partir de uma relação de troca e confiança que exige certo tempo de observação mútua.

É interessante notar que as maiores resistências à implantação de projetos pedagógicos baseados na problematização costumam vir dos departamentos universitários ligados à saúde coletiva que se consideram os mais críticos e progressistas. Os professores de formação clínica conhecem de perto a experiência das residências médicas e internatos, com sua pedagogia centrada no atendimento de pacientes hospitalizados e na problematização de suas doenças. Sabem que, apesar do fluxo não planejado dos pacientes, com o tempo, as várias doenças e situações clínicas acabam sendo discutidas de uma forma muito mais rica do que num estudo teórico sistemático. A pedagogia da problematização é antiga na formação clínica em saúde, apesar de antes estar centrada na doença e no ambiente hospitalar. Já o ensino na área de saúde pública tem

sido tradicionalmente organizado por meio do estudo teórico de conteúdos previamente definidos. Muitos sanitaristas consideram o ensino a partir de um fluxo espontâneo de situações trazidas pelo contato com a realidade como desorganizado e incapaz de gerar um entendimento amplo e sistemático.

A importância do saber da educação popular para a construção de projetos universitários na comunidade

Muitas universidades têm usufruído da presença, em seus quadros, de pessoas experientes em educação popular, este jeito de conduzir a relação educativa entre intelectuais e as classes populares orientado pela meta de pôr o diálogo pedagógico a serviço da busca de ser mais presente em todos os grupos sociais. Seu corpo teórico foi delineado inicialmente na América Latina a partir da década de 1960, em um processo com a participação de muitos educadores, entre os quais se destacou Paulo Freire (1921-1997). A educação popular desenvolveu um saber de manejo destas situações de troca educativa na comunidade que tem sido muito valorizado internacionalmente. Em virtude da grande penetração da educação popular nos movimentos sociais, organizações não-governamentais, igrejas e em algumas políticas sociais, não é difícil encontrar educadores populares experientes, em cada recanto da América Latina, que podem ser acionados como colaboradores dos processos de integração do ensino com a vida comunitária. A Rede de Educação Popular e Saúde (www.redepopsaude.com.br) e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde — Aneps (<http://br.groups.yahoo.com/group/aneps>) podem ser importantes referências para identificação de aliados locais.

Na perspectiva da educação popular, é preciso, antes de tudo, aproximar-se das comunidades não só como portador de um conhecimento técnico significativo, mas também como aprendiz, reconhecendo os fortes limites que marcam o saber científico quan-

do se quer compreender e transformar a dinâmica de adoecimento e luta pela saúde da população. Reconhecendo também a importância da sabedoria presente nas pessoas mais simples e nos seus grupos, bem como da grande capacidade do seu modo diferente de processar subjetivamente suas buscas de soluções, numa forma de operar a inteligência em que a emoção e a intuição são amplamente valorizadas. É importante também reconhecer que a população é composta de grupos bastante heterogêneos entre si, cada um com valores muito diferentes e principalmente em relação aos dos profissionais de nível superior que ali vão trabalhar. Esta diferença de valores faz com que não aceitem muitas das soluções que parecem aos profissionais ser apenas uma decorrência lógica e inquestionável do conhecimento científico acumulado, mas que, na verdade, baseiam-se em valores próprios das elites intelectuais. A aceitação deste contínuo pôr em suspeita as verdades que antes pareciam, para si, ser tão óbvias e lógicas, diante de resistências (muitas vezes apenas veladas) e questionamentos de pessoas tão simples e desvalorizadas socialmente, é que marca a riqueza pedagógica da tradição da educação popular para o profissional de saúde. E que abre a possibilidade da criação de uma atenção à saúde mais integral por melhor responder aos diferentes contextos de valores, condições materiais e interesses dos vários grupos sociais.

Finalmente, é preciso ainda reconhecer que as iniciativas das pessoas e de seus grupos podem acontecer em ritmos de tempo bastante diferentes dos difundidos no imaginário da modernidade, tão incorporado entre os profissionais de nível superior e que é orientado pela busca metódica e apressada de um interminável progresso material. A priorização, principalmente em grupos sociais menos envolvidos diretamente na produção capitalista, de um estar bem integrado nas relações afetivas e junto à natureza, que seguem ritmos próprios diferentes dos propostos pela modernidade, costuma gerar muita irritação entre os profissionais de nível superior que a classificam como alienação e comodismo. Na pressa, muitas vezes, eles passam por cima e destroem processos de constituição

de outros tipos de iniciativa, bastante criativos e carregados de emoção, que exigem outro ritmo de tempo. Não percebem que são justamente estes valores e ritmos diferentes que permitem às classes populares viverem com tanta alegria e vibração, dimensões importantes da saúde, mesmo sendo submetidas a situações de tanta opressão e precariedade.

Por todas essas razões, o eixo metodológico da educação popular em saúde é a construção dialogada e participativa das soluções sanitárias necessárias. Esta proposta é amplamente aceita, mas geralmente obtida com dificuldade, pois há muitos obstáculos para a construção deste diálogo entre pessoas de grupos sociais tão diferentes. Não basta ir para as comunidades e os serviços de saúde cheios de amor para dar. Há muitas dificuldades e constrangimentos dificultando esta relação. Educação popular é também o saber de manejo destas dificuldades.

O poder do doutor inibe a fala e a iniciativa das pessoas do mundo popular, trazendo muita dificuldade para o diálogo se estabelecer com firmeza. Faz parte da cultura popular latino-americana certa dissimulação na relação com pessoas que julgam pertencer à elite. Como estratégia de sobrevivência numa sociedade extremamente desigual e opressora, elas costumam mostrar-se concordantes com o que lhes afirmam e propõem. Mas é uma concordância apenas aparente. Na surdina, conseguem um modo de boicotar estas propostas e ironizar o que foi afirmado. É preciso buscar confiança afetiva e desenvolver uma sutil capacidade de observação para detectar estas discordâncias dissimuladas, de forma que torne o diálogo claro e franco. Outras vezes, principalmente nas periferias das grandes cidades, desenvolvem, na relação com pessoas de fora que associam com suas histórias anteriores de humilhação, uma agressividade cheia de falas ameaçadoras que é apenas uma estratégia defensiva e que logo se transforma quando se mostra ser de confiança. Mas muitos profissionais de saúde ficam assustados.

O constante sufoco de vida a que estão submetidos e a falta de condições materiais para viverem suas particularidades pessoais

com privacidade os expõem a situações de muito estresse, gerando frequentes conflitos, que costumam ser vividos de forma aberta. As brigas parecem, inicialmente, predominar, desanimando os profissionais de saúde, pois fica parecendo não ser possível desenvolver um diálogo construtivo. Mas uma convivência mais próxima torna possível conhecer uma diversificada e surpreendente rede de apoio mútuo que é importante identificar, pois é uma grande aliada dos serviços de saúde no enfrentamento dos problemas. Outras vezes, eles têm falas contraditórias e ambíguas. Ora afirmam algo para logo depois desdizerem. Mais uma vez, o diálogo fica parecendo difícil. Mas a contradição e a ambigüidade são sinais de um intenso processo de transformação de suas visões de mundo em andamento. Antes de empecilho, são desafios e matéria-prima para o diálogo educativo. Para isso, os grupos e movimentos locais são espaços privilegiados de apuração mais clara e elaborada de seus interesses e de suas propostas. No debate coletivo, contradições e ambigüidades do próprio pensamento são questionadas e novas formulações do pensar são elaboradas. Por essa razão, a educação popular enfatiza a importância dos movimentos sociais como parceiros especiais na construção dialogada das soluções sanitárias adequadas.

Nos livros e artigos sobre educação popular há muitos estudos sobre as dificuldades mais frequentes da relação com a população. Depara-se, muitas vezes, com comportamentos que parecem ser descabidos e não se consegue um entrosamento suficiente para entendê-los. Nesses momentos, é importante recorrer a estes estudos feitos por teóricos mais capacitados, para que a relação não fique bloqueada. Frequentemente, trata-se de uma dificuldade dos intelectuais de compreender a diferente lógica de luta pela sobrevivência e a alegria das classes populares.

Para muitos, o diálogo educativo é apenas uma forma esperta e hábil de melhor convencer as pessoas de sua proposta e sua visão dos problemas de saúde. Conversa-se e escuta-se para entender melhor a lógica do pensamento do outro e, assim, formular de modo

mais adequado a mesma proposta anterior. É um diálogo superficial, pois não está aberto para o questionamento do outro, muitas vezes expresso de forma confusa. Estes profissionais buscam no saber da educação apenas técnicas de convencimento mais eficazes e com maior alcance no conjunto da população. Para a educação popular, o importante não é a transmissão eficaz do conhecimento, mas a busca da compreensão ampliada da questão por meio do debate com os vários atores envolvidos. A ênfase não é a técnica educativa, mas a compreensão do contexto em torno do problema a ser enfrentado. Essa forma de conduzir o diálogo baseia-se no forte reconhecimento da importância e do limite dos vários saberes e valores de cada participante, e também do doutor. Por isso, outra palavra-chave, além de diálogo, é *problematização*. Diante de uma situação complexa, o importante é fazer uma roda de conversa, problematizar a situação de modo participativo e buscar estudos teóricos que contribuam no seu entendimento. Mas trata-se de uma problematização não presa apenas ao debate de aspectos biológicos e sanitários. Mesmo o problema mais corriqueiro de saúde está ligado com questões sociais globais. É o entendimento de cada questão, relacionando suas dimensões biológicas, psicológicas, ambientais, culturais, sociais, econômicas e políticas, que permite uma compreensão mais profunda.

A problematização, buscando compreender a complexidade das várias situações de saúde, pode parecer pouco operacional: muita conversa roubando o espaço da ação transformadora. No entanto, é impressionante como as pessoas e os grupos comunitários, ao sentirem os diferentes elementos de suas crenças e preocupações serem contemplados e articulados no processo de problematização, se animam e se envolvem com garra na implementação das soluções definidas coletivamente de forma participativa. O processo coletivo de discussão já vai gerando a base organizativa para o enfrentamento da situação. Discussão coletiva gera iniciativas conjuntas de intervenção sanitária. Na discussão e ação coletiva, pessoas, que antes achavam que seus problemas eram apenas

personais, vão se transformando em atores sociais. No enfrentamento de autoridades, empresas e instituições estatais, vão se percebendo cidadãos com voz e força na vida pública. Isso tem grande repercussão em suas vidas, pois lhes aumenta a auto-estima e os torna destemidos no enfrentamento, até mesmo, de situações familiares bastante íntimas. A participação nesse processo transforma profundamente estudantes e professores envolvidos. Eles se descobrem como atores sociais e ficam fascinados com as possibilidades desta construção coletiva. O individualismo centrado na infundável competição no mercado por bens materiais e simbólicos, que tanto aprisiona a maioria dos membros das classes médias, é profundamente questionado. No atual movimento estudantil dos cursos de saúde, é impressionante o número de lideranças que se formou em projetos de extensão universitária orientados pela educação popular.

Nessa perspectiva da educação popular, formar a roda para problematizar as situações de saúde mais significativas não é um exercício teórico que usa de situações concretas da prática apenas para objetivos acadêmicos. Guia-se pelo compromisso e a solidariedade com os que sofrem e são oprimidos. O critério de avaliação do processo educativo é a sua capacidade de transformar a realidade. Cada situação gera reflexões, que geram ações. Toda ação sobre a realidade resulta em modificações não previstas, necessitando de novas reflexões. Nesse sentido, educação popular é um contínuo processo de pesquisa sobre a ação. Para isso, exige inserção continuada. Na medida em que se intervém de forma comprometida com a população, estabelecem-se laços de confiança e afeto que possibilitam a progressiva revelação de dimensões que antes eram interditas. O diálogo se aprofunda, tornando-se ainda mais educativo para todos os envolvidos. Assim, o compromisso político com a luta contra a injustiça e a doença é também um elemento metodológico fundamental para a eficácia educativa. Sem ele, o aprendizado não se aprofunda.

Por essas razões, a pedagogia da problematização da educação popular difere bastante de muitas outras pedagogias da pro-

blematização que tanto vêm sendo divulgadas. Uma delas é o PBL (*problem based learning*, aprendizado baseado em problemas), muito difundido pelas agências norte-americanas de assessoria pedagógica para as universidades brasileiras. Em muitas universidades brasileiras em que estas outras pedagogias da problematização vêm sendo implantadas, o que se assiste são práticas de ensino, mais ativas do que as aulas teóricas, em que conteúdos previamente planejados são administrados por meio de situações-problema criadas pelo professor, colocando desafios para os alunos. As respostas corretas já existem e abrem espaço para novos problemas mais complexos. A impressão é que há grande similaridade com o ensino de matemática tradicional. Os elementos presentes nos problemas postos pelo professor não são questionados pelo contato intenso com a realidade sempre surpreendente. Não há o processo de ação-reflexão-ação-reflexão. . . O compromisso com a pessoa sobre quem se discute a situação-problema e a transformação da realidade em que vive não norteia a discussão. A situação-problema é apenas uma estratégia para o aprendizado.

Apesar da reflexão teórica se basear na problematização de situações concretas particulares, procura-se chegar ao entendimento de dimensões estruturais da realidade. Situações particulares acontecem a partir de dinâmicas mais gerais de organização da vida que precisam ser compreendidas por reflexões abstratas. A problematização não deve, portanto, ficar circunscrita ao estudo dos acontecimentos particulares. Estudar as dinâmicas mais gerais e abstratas de organização da vida a partir da referência de situações e lutas concretas do cotidiano torna o estudo mais motivado e didático. Para a educação popular o estudo sistemático e organizado de temas abstratos é fundamental, mas precisa estar animado e orientado pelas necessidades da luta social.

O adjetivo *popular* do nome educação popular não se refere ao público a quem se dirige. Como está se vendo em muitas universidades brasileiras, a educação popular é uma proposta pedagógica que pode ser aplicada à formação de estudantes e de dou-

tores. Profissionais e estudantes universitários vivem também situações de opressão e estão submetidos a condições institucionais degradantes. É possível conduzir o trabalho educativo nas universidades e nas instituições voltadas para a educação permanente a partir de seus anseios, de suas buscas e de seus sonhos. Mas esta formação de estudantes universitários e doutores se torna mais transformadora quando o envolvimento e o compromisso com as classes populares emerge como centro da ação educativa. Ela deixa de se centrar nas necessidades pessoais dos estudantes e doutores para se ampliar em direção à transformação global desta sociedade em que a injustiça e a desigualdade são os elementos mais marcantes. O adjetivo *popular* do nome da educação popular refere-se, portanto, ao projeto político que orienta sua proposta pedagógica: a busca da construção de uma sociedade igualitária e justa por meio de processos participativos, de forma que os mais oprimidos não sejam apenas beneficiados, mas atores centrais no processo de mudança.

O cuidado à família como estratégia pedagógica

Tradicionalmente, inserir estudantes na atenção básica à saúde era encarado como colocar estudantes nas pequenas unidades de atenção primária à saúde. É uma perspectiva ainda muito centrada nos serviços e pouco voltada para a vida social onde ocorre a dinâmica de luta pela saúde. O estudante acaba tendo sua atenção centrada nas ações técnicas ali desenvolvidas e nos problemas das relações entre os seus profissionais. Ali, a relação com a população acontece nos atendimentos e nas ações educativas. Por lidar com grandes públicos que freqüentam de modo irregular e esporádico o serviço, tende a não desenvolver vínculos significativos com as pessoas da comunidade e seus movimentos.

Os projetos de extensão universitária, por serem mais informais e menos presos às normas institucionais, são mais livres para experimentar novas formas de intervenção. Foram criando novos

modos de inserção pedagógica dos estudantes na atenção básica que se mostraram exitosos. Um deles é o de vincular o estudante principalmente com as famílias da área atendida pelo serviço. Outro é o de vincular o estudante principalmente com os movimentos sociais locais.

Nos locais onde os movimentos sociais são dinâmicos e não dominados por políticos clientelistas, eles representam as principais iniciativas de fortalecimento da rede de solidariedade na comunidade. São espaços privilegiados de amadurecimento da consciência social dos moradores. Neles desembocam insatisfações, conflitos, iniciativas artísticas, atividades esportistas e lutas sociais do lugar. São dinâmicos e cheios de lideranças interessantes, carregadas de vigor e criatividade. Desenvolvem formas muito inovadoras de luta social pela saúde e de apoio solidário a moradores em situações especiais de crise. A inserção de estudantes nas suas atividades tem-se mostrado muito rica por apontar para novos e criativos caminhos de atenção à saúde. Mas, por terem um ritmo de atividades irregular em que as principais reuniões ocorrem fora dos horários tradicionais de trabalho profissional, não é fácil organizar atividades curriculares de ensino para todos os estudantes, centradas na inserção em suas iniciativas. Pela informalidade de sua dinâmica, exige-se que os estudantes já tenham alguma experiência de trabalho comunitário.

Já a vinculação de estudantes com número reduzido de famílias de uma comunidade é mais fácil. A visita periódica às mesmas famílias vai possibilitando a criação de vínculos afetivos de confiança e solidariedade que vão abrindo a relação para níveis progressivos de exposição da complexa dinâmica de luta pela sobrevivência e saúde que ali ocorre. Na década de 1990, o movimento sanitário descobriu a potencialidade da atenção à família como estratégia de organização da assistência à saúde. A família é uma unidade central na articulação dos cuidados dos indivíduos. Sem abordar a dinâmica global de funcionamento familiar é difícil obter maiores mudanças no cuidado em saúde de cada pessoa. Princi-

palmente entre as classes populares, onde a falta de recursos e a cultura não permitem formas de vida mais individualistas, como se vê nas classes médias mais abastadas, que podem comprar no mercado os serviços e produtos que lhes permitem viver sozinhos. Entre os pobres, a vida se torna extremamente penosa sem o apoio familiar. A abordagem dos problemas de saúde pela ação na família mostrou-se muito promissora. Mas a surpresa foi descobrir que a abordagem centrada na família é também extremamente rica pedagogicamente para a formação profissional. A responsabilização de estudantes pelo acompanhamento de determinadas famílias, com o progressivo vínculo afetivo que traz, permite que se compreenda, pela perspectiva dos moradores, a lógica da busca de ser mais que Paulo Freire insistia estar presente em todos os grupos e pessoas. Permite ainda ir entendendo a possível contribuição do profissional de saúde para servir a esta busca, ensinando um modo de trabalho centrado nas demandas inusitadas e diversas das pessoas e não na oferta de alguns procedimentos técnicos que se foi treinado a executar.

A vida moderna incentiva uma subjetividade centrada nos interesses pessoais, uma vez que o capitalismo anuncia o individualismo e a competição como elementos fundamentais para o desenvolvimento social. A luta individual por interesses privados seria a base do progresso por estimular a concorrência. Mas o filósofo alemão Schopenhauer (1788-1860) já estranhava a característica de muitas pessoas serem tão afetadas pelo sofrimento de outros seres, a ponto de serem impelidas para uma ação que, muitas vezes, as põe em risco de perdas e até de morte. Esta percepção de identificação profunda e intuitiva com o outro, que o torna não mais um estranho indiferente e, sim, uma pessoa “em que eu sofro apesar de meus nervos não estarem cobertos por sua pele”, é a base da solidariedade social. A relação emocionada com o outro abre para a compaixão e o agir intuitivo. Mas o que é considerado científico no trabalho em saúde apregoa um agir técnico desvestido de emoção para alcançar maior objetividade racional, dificultando a cria-

ção de vínculos afetivos com a pessoa cuidada e, conseqüentemente, fechando a porta para um agir amoroso. Viver a experiência de abertura e envolvimento profundo com o outro, com suas inusitadas diferenças, a partir da oportunidade de encontro propiciado pelos chamados de seu pedido de ajuda e conhecer a criação que advém do se deixar ser levado pelo que é provocado neste vínculo afetivo, liberta o profissional do aprisionamento no si mesmo. Abre-o para a possibilidade de novas formas de viver não submetidas à cultura do individualismo. Nesse sentido, a inserção do estudante, desde o início do curso, em ambientes de trabalho profissional que facilitem a vivência de vínculos afetivos fortes no cuidado em saúde, pode criar condições para o acesso a emoções, percepções de sentidos e intuições que, durante milênios, foram elementos fundamentais na condução da prática médica, mas que foram deixados de lado nos últimos dois séculos.

A responsabilização assumida com seriedade e o vínculo afetivo criado, entre o estudante e os membros das famílias acompanhadas, impedem que a relação se rompa diante dos usuais choques de valores, mal-entendidos, incompreensões dos diferentes contextos de vida e insucessos que surgem no processo de busca de soluções para os problemas de saúde. Entre raivas, frustrações e desânimo, o diálogo continua. O vínculo afetivo aproxima pessoas com grandes e surpreendentes diferenças, causando espanto e movimentos de afastamento. Frequentemente se encontra com o que parece ser inaceitável. São diferenças que incomodam muito, pois este outro tornou-se próximo e importante. Não é mais um outro distante, cujas características estranhas apenas geram curiosidade. Como nas relações de enamoramento, o vínculo afetivo e o compromisso estendem a relação apesar das usuais situações de aparente impasse, criando condições para o surgimento de soluções surpreendentes. A emoção, quando presente, instiga o funcionamento de poderosas formas inconscientes de inteligência, fazendo aflorar intuições que são contextualizadas e aperfeiçoadas nas conversas. O vínculo afetivo possibilita a integração com caminhos

surpreendentemente diferentes do outro. Este vínculo gera um olhar compreensivo e terno para com a lentidão do processo de transformação subjetiva e grupal. Os imprevistos caminhos de reorganização da vida e do tratamento, construídos nesse tipo de relação de diálogo, superam o modelo dominante, logicamente organizado e reproduzido, de exercício do trabalho em saúde. O fascínio com estes resultados abre o estudante ainda mais para relações participativas e democráticas. Torna-o aberto para a diversidade humana. Ajuda-o a superar o encasulamento nos valores da família e da classe social em que foi formado. Inaugura-o em um novo modo de processamento subjetivo que terá grande repercussão em sua futura vida profissional e pessoal.

O envolvimento amoroso, entre profissionais e pessoas em cuidado, abre possibilidades de comunicação que vão muito além da expressa pelos gestos e as palavras. Há uma semiologia e uma terapêutica que se expandem a partir do vínculo emocionado e que não se encontram nos livros médicos tradicionais, mas que vêm sendo milenarmente proclamadas por terapeutas de diferentes civilizações como fundamentais. É preciso experimentá-las para conhecê-las. Mas este envolvimento emocional precisa ser conduzido com habilidade para não fazer o profissional desabar e se tornar inoperante diante de problemas mais tensos. A convivência prolongada com algumas famílias possibilita esta experiência e este aprimoramento da relação afetiva para que ela seja operativa. Permite treinar a aplicação, no trabalho em saúde, da experiência amorosa e humana em que todos os estudantes já foram iniciados nas suas próprias vidas pessoais.

A vida pulsa de forma fascinante e misteriosa em todos os grupos sociais. Mas entre os pobres latino-americanos, esta pulsação se revela de forma mais escancarada pelo jeito emocionado e aberto como vivem e se mostram. Com sua carência material e maior valorização das relações afetivas, costumam acolher com alegria estudantes ainda com poucos conhecimentos técnicos para oferecer. Valorizam, antes de tudo, a relação de amizade e solidarieda-

de destas pessoas de modos tão diferentes para eles, que são os estudantes universitários. Os estranhamentos, vindos deste encontro de diferentes, instigam tentativas de explicação do que parecia ser natural e imutável. As novas conversas, possibilitadas por este encontro pouco usual em uma sociedade em que a divisão de classes sociais estabelece poderosos muros invisíveis entre as pessoas, ajudam na organização de pensamentos e afetos embaralhados no inconsciente diante de uma vida cheia de correrias e tensões. O entendimento dos diferentes contextos culturais e materiais que explicam hábitos e comportamentos locais, propiciado pelo diálogo a partir do estranhamento, vai abrindo a possibilidade de mudança. Tudo isso, no entanto, só é possível se o estudante se aproxima da família com a perspectiva da educação popular e, não, com vontade de ensinar a maneira correta de viver para seres tidos como ignorantes e carentes. Causa grande surpresa aos profissionais de saúde, que aprenderam a se relacionar com a população oferecendo atendimentos e informações técnicas, constatar a alegria, a amizade e as transformações que surgem de uma relação que parece inicialmente ter tão pouco para oferecer.

No processo de acompanhamento às famílias, vão aparecendo problemas para os quais os estudantes e os supervisores não têm soluções adequadas. Muitas vezes, até acham que seus conhecimentos anteriores são capazes de oferecer essas respostas, mas no acompanhamento vão ficando evidentes os seus limites. A convivência a longo prazo e o vínculo afetivo, que torna o sofrimento do outro significativo para o profissional, são elementos fundamentais para o desmascaramento da ilusão na capacidade do conhecimento científico especializado dar conta de resolver a totalidade das necessidades de saúde da população. Diante dessas dificuldades, o estudante é motivado a estudar, conversar com outros professores, debater com o agente comunitário de saúde responsável pela família e outros membros da equipe local de saúde, rememorar leituras anteriores, discutir com colegas, pedir apoio de líderes comunitários, pesquisar na internet, etc. Não é um estudo para

conseguir nota alta e ficar bem com o professor. Não é, portanto, uma substituição do ato de estudar. Trata-se de um estudo a serviço do outro e motivado por seu sofrimento. Coloca o conhecimento no seu devido lugar: a serviço da felicidade humana e, não, voltado para o poder e diferenciação do profissional. Articula diferentes campos do conhecimento, abrindo-se para a interdisciplinaridade.

Essa perspectiva de trabalho pedagógico vai além da interdisciplinaridade, pois não se restringe à integração de saberes das diferentes disciplinas científicas, na medida em que articula também os saberes e iniciativas populares presentes na comunidade. Por estar regido pela compaixão, articula ainda dimensões emocionais e intuitivas que as classes populares latino-americanas sabem tão bem trazer para o enfrentamento de seus problemas. Rege-se também pela curiosidade espontânea presente nos estudantes e moradores, resgatando-a como fonte de desenvolvimento humano. Nesse processo de revalorização das dimensões subjetivas no trabalho profissional, vai surgindo espaço para criações artísticas (peças de teatro, panfletos, programas na difusora local, músicas, cartazes, poesias, pequenos *shows*, festas, atos religiosos) que resgatem a beleza, a criatividade e a poesia do trabalho em saúde. Ensina o estudante a superar o caráter restrito à dimensão racional da medicina desenvolvida na modernidade.

Interdisciplinaridade e integração com o saber e a garra de luta da população são ainda insuficientes para resolver a totalidade dos problemas com que se depara no contato intenso com a realidade, de uma forma emocionalmente envolvida que permita perceber as manifestações sutis das necessidades das pessoas. Muitos problemas enfrentados são complexos demais para serem curados. Estão amarrados à miséria, opressão e tradições culturais arraigadas que dependem de profundas transformações políticas, subjetivas e materiais de longo prazo e de caráter internacional. São problemas profundos demais para serem curados apenas pelo trabalho em saúde, mas não para serem cuidados. Cuidar significa ocupar-se dos problemas passíveis de serem enfrentados na circunstância do

momento, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelos serviços e pelas tradições profissionais de atuação. Significa responsabilizar-se mesmo não tendo soluções técnicas bem-definidas, não deixando que pessoas, com pouca capacidade de enfrentamento da crise de vida a que estão submetidas, fiquem abandonadas e sozinhas. O sofrimento não se anula, mas alguns dos seus motivos vão sendo transformados. Mudam-se as formas e o peso com que este sofrimento influencia a vida da família.

Vai-se descobrindo a força terapêutica da presença amorosa, tão desconsiderada no discurso científico das profissões de saúde, capaz de gerar o crescimento da flor de lótus nos pântanos mais sombrios (metáfora frequentemente usada pelas tradições orientais de espiritualidade para expressar este fenômeno fascinante. Lótus é uma planta com linda e delicada flor branca que cresce nos pântanos). Acompanhar a força surpreendente da vida se manifestar em situações de crise, nas quais a precariedade é a marca maior, é extremamente gratificante para o profissional principalmente quando se percebe que a sua própria atuação foi significativa no processo. Assemelha-se à posição do artista vendo sua obra se constituir por uma ação que tem dimensões intencionais e outras provenientes da intuição e de intercorrências externas, totalmente fora do controle da vontade. O artista se surpreende com sua obra. Talvez, o maior aprendizado que o estudante pode ter a partir do envolvimento intenso com famílias em situação de crise seja o despertar para a possibilidade e os caminhos de seu trabalho passar a ser local de densa criação artística e amorosa. É um aprendizado que rompe com o modelo dominante de atuação das profissões de saúde, no que a filosofia da ciência vem chamando de superação do paradigma da modernidade na ciência. Trata-se de um aprendizado em que uma experiência vivencial forte é muito mais significativa do que sofisticadas discussões filosóficas.

As experiências universitárias, nesta perspectiva, apontam para a importância da valorização do trabalho em grupo. O acompa-

nhamento de cada família deve ser assumido por grupos de dois ou três estudantes. Os estudos sobre as dificuldades enfrentadas devem ser feitos em grupos maiores, incentivando o compartilhamento de experiências. Até as avaliações precisam ter seus critérios e caminhos de operacionalização discutidos entre os envolvidos. Quando é possível integrar, no mesmo projeto pedagógico, estudantes de diferentes cursos universitários, o resultado é muito mais enriquecedor, ajudando a avançar em direção à interdisciplinaridade e à superação do corporativismo. Infelizmente, as reformas curriculares, sendo feitas curso a curso, não têm expandido projetos pedagógicos que integrem alunos de diferentes profissões.

As disciplinas curriculares e os projetos de extensão universitária, baseados na inserção precoce do estudante em situações sociais de busca da saúde e orientados pela educação popular, significam, portanto, espaços de integração dos diferentes saberes ensinados de forma fragmentada em outras disciplinas do curso e de integração das quatro dimensões do processo de elaboração subjetiva apontadas por Gustav Jung: a racional, emocional, intuitiva e sensorial.

Como o agente comunitário de saúde, o estudante passa a atuar como mediador entre a família e os serviços de saúde. Como seu vínculo maior é com a família, passa ver os serviços e seus futuros colegas de profissão de forma crítica, na medida em que vai percebendo os limites de suas ações em responder às necessidades das pessoas que cuida e com quem está ligado. Ao tentar ajudá-las a serem atendidas nos diferentes níveis de atenção da região (serviços de atenção primária, secundária e terciária à saúde), aprende sobre os meandros dos constrangimentos institucionais que dificultam um atendimento de qualidade. Aprende a olhar os serviços de saúde com os óculos dos usuários. Isto será uma importante referência para quando for futuramente buscar, como profissional, melhorar seu serviço e as políticas de saúde, podendo, então, não ficar totalmente submetido à lógica corporativa e técnica como usualmente acontecem estas iniciativas.

O envolvimento dos estudantes, iniciado a partir do vínculo a algumas famílias, com a complexidade da dinâmica social povoada de sofrimentos, opressões e muitas possibilidades de fascinante criação coletiva, pode despertá-lo da alienação individualista e consumista difundida pela sociedade capitalista e que marca tão fortemente a juventude. Da compaixão com os membros das famílias acompanhadas vêm a luta pela melhoria de suas condições, a percepção da origem social de muitos dos seus próprios problemas pessoais, o contato com os inúmeros constrangimentos políticos e culturais que dificultam a superação das dificuldades, o conhecimento de outros atores sociais envolvidos em lutas semelhantes, a descoberta de suas potencialidades pessoais como ator no jogo social e o encontro, em sua vida, da alegria e fascínio do trabalho coletivo criativo com significância social. O processo prolongado de acompanhamento às famílias e às redes locais de apoio social lhes permite ir experimentando, observando os efeitos e treinando as diversas atitudes de manejo das relações interpessoais e grupais. O trabalho em grupo com outros colegas da universidade ajuda a refinar o traquejo para o trabalho coletivo. Tudo isto tem possibilitado a emergência de muitas lideranças estudantis a partir deste tipo de experiência pedagógica nas universidades. Lideranças dispostas a se lançarem com garra na luta por projetos incertos e que, à primeira vista, parecem insensatos. Lideranças que têm feito diferença no processo histórico de construção de uma sociedade mais solidária.

Para o professor é muito bonito assistir à transformação dos educandos: de pessoas com identidade marcada principalmente pela condição de ser filhos, muitas vezes individualistas e inseguros, freqüentemente presos no consumismo capitalista, em atores sociais altivos; de pessoas indignadas e queixosas das maldades do mundo, em sujeitos atuantes com habilidades de enfrentamento. O professor também se renova no contato com o ânimo e a inquietude da juventude portadora de novas formas de estar no mundo. As situações concretas trazidas pelos estudantes para debate e

as suas reflexões desafiam e questionam antigos conhecimentos, estimulando-o para novos aprendizados. Sua vida pessoal é transformada quando tem acesso, de forma mais intensa, à alegria, vibração e busca criativa dos alunos. A pedagogia participativa salva o professor do academicismo que o aprisiona em lutas infundáveis por respeitabilidade e poder que isolam do contato mais direto com a dinâmica da vida, ao mesmo tempo, poética e dramática.

Nessas experiências pedagógicas, o papel do professor é totalmente transformado. Ele é, antes de tudo, o cuidador do espaço pedagógico de inserção na comunidade e de debate entre os atores envolvidos. Uma série infundável de problemas, mal-entendidos, conflitos e carências de recursos pedagógicos tendem a ir surgindo nesta prática social que toca em poderes e costumes já fortemente estabelecidos. O conteúdo ensinado diretamente pelo professor deixa de ser o centro do aprendizado. O centro passa ser a relação dos estudantes com a realidade, as conversas entre eles, os estudos provocados e as trocas afetivas. O professor tem o papel importante de comandar a organização e criação de condições para que estas relações ocorram de forma rica do ponto de vista pedagógico e de modo que respondam aos interesses da população assistida. Precisa ter sensibilidade para perceber entraves não claramente expressos. Precisa ter conhecimentos teóricos amplos que permitam apontar alguns caminhos iniciais de estudo para as tão diversas e inesperadas situações que continuamente aparecem e para trazer estudos que ajudem a esclarecer os preconceitos, medos e constrangimentos pelo poder que frequentemente surgem. Mas, principalmente, o professor precisa ter habilidade de manejo das relações grupais para ajudar a negociar e priorizar com calma os diversos interesses e peculiaridades dos estudantes e da comunidade, sabendo, para isto, conviver com situações de tensão e conflito, bem como com a insatisfação dos alunos. A insatisfação é elemento fundamental para motivar a busca teórica.

Na estruturação de projetos pedagógicos nessa perspectiva, mais importante do que os aspectos formais dos serviços de saúde

onde os estudantes vão ser inseridos (proximidade da universidade, estrutura física dos prédios, capacitação técnica da equipe, etc.) são os aspectos informais como a existência de relação de confiança com lideranças locais, a presença de movimentos sociais participativos e não dominados por políticos clientelistas, a ausência de grupos estruturados ligados ao narcotráfico e o nível de entrosamento da equipe de saúde com a população. As relações humanas locais são muito mais importantes do que as condições materiais da região para o êxito do projeto.

A dinâmica entre o instituinte e o instituído

Para muitos, o aperfeiçoamento institucional passa essencialmente pela incorporação de novas propostas baseadas em estudos de grandes autoridades acadêmicas, principalmente se forem dos países mais desenvolvidos. São mudanças planejadas por meio de projetos logicamente estruturados, definidos por grupos de especialistas e implantadas a partir de decisão dos setores mais elevados de hierarquia da instituição. A escuta dos estudantes, funcionários e professores é feita na fase de diagnóstico, realizado pelos especialistas contratados, mas o processamento das informações recolhidas é feito apenas por eles. Na fase de implantação, as oposições e considerações que surgem são julgadas apenas como “resistências à mudança” e enfrentadas como algo que precisa ser contornado. Os estudos teóricos nacionais e internacionais são importantes, mas não é só o grupo de especialistas formado nas instâncias centrais de poder que tem acesso a eles. Estes estudos estão repercutindo também entre os estudantes, professores, funcionários e seus movimentos, inspirando novas iniciativas e propostas de mudança do ensino, que vão sendo experimentadas e aperfeiçoadas na realidade concreta da universidade e vão gerando grupos organizados, empenhados na transformação institucional. Sem a valorização destas iniciativas e atores envolvidos na mudança é difícil conseguir transformações mais profundas em ins-

tituições complexas. Eles trazem um saber de adequação da teoria pedagógica às circunstâncias locais e explicitam interesses que muitas vezes não são percebidos por especialistas ligados ao poder institucional.

A universidade e as secretarias de saúde são instituições dinâmicas em que o novo e o velho convivem e se enfrentam. São atravessadas pelos jogos de poder, opressão e resistência que marcam o conjunto da sociedade. Suas rotinas e tradições são a cristalização dos resultados de lutas anteriores. Mas a insatisfação pulsa, gerando sonhos, conversas, pequenas iniciativas de resistência e novas propostas que vão surgindo inicialmente de modo informal nos subterrâneos do estabelecido. É o movimento social dentro dessas instituições. Os projetos de extensão universitária são as formas mais usuais de estruturação destas novas propostas nas universidades, por serem submetidos a menor nível de exigências burocráticas. São o instituinte tentando transformar o já instituído. Mas o que é informal e pouco estruturado tem pouco alcance e está sempre correndo o risco de ser provisório. Por isso, o novo luta para se tornar instituído. O alternativo quer ser hegemônico. Para isto, há um longo processo a ser percorrido de adaptação às exigências mais gerais da instituição, de formação de alianças e de enfrentamento dos interesses contrariados. O novo, ao ser instituído, incorpora parte do velho. Como tudo que é instituído, torna-se menos flexível e menos permeável às novas exigências e propostas dos novos tempos. O que era novo e se instituiu, vai se tornando velho. Passa a ser questionado por outros novos movimentos sociais. Outros movimentos instituintes se organizarão.

Nos cursos universitários de saúde e nos núcleos de educação permanente das secretarias de saúde assiste-se atualmente a momentos de institucionalização de muitas propostas que há pouco tempo eram alternativas. Algumas destas instituições já estão mais avançadas neste processo. Mas, mesmo ali, é preciso estar aberto para as novas oposições e propostas que estão a chegar, trazendo a renovação necessária para uma sociedade que, apesar de ser tão

precária, está marcada pela fome do infinito. Não há novo perpétuo. O recentemente instituído já precisa estar aberto para a renovação, acreditando na importância desta dinâmica de construção e desconstrução. Aceitar, até mesmo, ser também vidraça para as pedras dos movimentos sociais.

Durante toda a modernidade, sempre existiram profissionais de saúde que, apesar de formados dentro de uma racionalidade instrumental centrada na ação sobre o corpo biológico, souberam encontrar seus caminhos para uma ação ampliada sobre a dinâmica de luta pela vida. Educaram-se nas situações mais imprevisíveis em que a pulsação da vida diante da crise do viver se manifestou de forma tão intensa a ponto de romper com as viseiras do disciplinamento de seus olhares. O trabalho em saúde, como poucos, cria essas oportunidades. Foram profissionais muito respeitados em seu tempo e em sua comunidade e, muitas vezes, considerados heróis pela sociedade. Alguns, anônimos, foram heróis apenas para pacientes e familiares por eles atendidos. Outros foram enaltecidos em filmes, romances, poesias e na imprensa. Nas faculdades, se clama continuamente pela humanização do trabalho em saúde, sem discutir seus caminhos, nem criar oportunidades consistentes de treinamento das habilidades necessárias. Não basta haver alguns heróis, anônimos ou reconhecidos. É preciso ir além do tempo em que este tipo de postura diante dos problemas de saúde era considerado uma prática alternativa. Algo enaltecido e admirado, até por ser raro. É necessário que esta preocupação se desdobre em estudos bem-estruturados, desvendando mais claramente os caminhos da intervenção profunda sobre os problemas de saúde. É preciso que as iniciativas concretas, já em andamento, sejam valorizadas e disseminadas para influenciar a formação de todos os profissionais. Não basta que alguns profissionais de saúde saibam atuar de forma criativa e humanizada. É fundamental que esse saber se generalize nas instituições, encontrando os caminhos administrativos de sua operacionalização.

Um longo grito do coração dos artistas (entre eles muitos estudantes e profissionais de saúde) ecoa no mundo:

— *Me dê a oportunidade de dar o melhor de mim* (do filme *A Festa de Babette*).

Observação. Este texto foi também inspirado na convivência e acompanhamento pedagógico às centenas de estudantes que, durante oito anos, participaram do Projeto de Extensão Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família na Comunidade Maria de Nazaré da UFPB, bem como no envolvimento na luta do movimento brasileiro de educação popular em saúde para a transformação da formação profissional.

- 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 Souza 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 Guatarrí, 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 Barembliitt
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.
Lacantroças, Gregorio Barembliitt
Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital? Lea Beatriz Teixeira Soares
Minhas Púlgas, 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, Luiza S. Heimann et al.

Epidemiologia Para Municípios, J. P. Vaughan
Distrito Sanitário, Eugênio Vilaça Mendes
Psicologia e Saúde, Florianita Braga Campos (org.)
Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde, Giovanni Berlinguer
Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, Maria E. X. Kalil (org.)
Mario Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical, Franca Ongaro Basaglia
Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico, Neury J. Botega & Paulo Dalgalarrodo
O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade, Lilia 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 Baremlitt et al
Odontologia e Saúde Bucal Coletiva, Paulo Capel Narvai
Manual de Saúde Mental, Benedetto Saraceno et al.
Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida, Maria Inês Nogueira
Saber Preparar Uma Pesquisa, André-Pierre Contandriopoulos et al.
Pensamento Estratégico e Lógica da Programação, Mario Testa
Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde, 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
Marsiglia
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil, Carlos Augusto Monteiro (org.)
Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, Ana Maria Canesqui
O "Mito" da Atividade Física e Saúde, Yara Maria de Carvalho
Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios, Aurea M. da Rocha Pitta
Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão, Maria Lúcia Magalhães Bosi
Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica, Lilia 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, Silvio Fernandes
da Silva
Reabilitação Psicossocial no Brasil, Ana Pitta (org.)
Saúde Loucura 5, Gregorio Baremlitt (org.)
Saúde Loucura 6, Eduardo Passos Guimarães (org.)
Assistência Social e Cidadania, Antonio Lancetti (org.)
Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia, José Ricardo de Mesquita Aires

Ciências Sociais e Saúde, Ana Maria Canesqui (org.)
Agir em Saúde, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)
Contra a Maré à Beira-Mar, Florianita Braga Campos & Cláudio Maiero-vitch
Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial, Ana Marta Lobosque
Modelos Tecnoassistenciais 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 Donalizio
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 Diaz (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 “Cacau” Lopes
Da Arte Dentária, Carlos Botazzo
Saúde e Humanização: a Experiência de Chapecó, Aparecida Linhares Pimenta (org.)
Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel
SaúdeLoucura 7, Antonio Lancetti (org.)
Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil, José Serra
SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas, Silvio Fernandes da Silva
A Cor-Agem do PSF, Maria Fátima de Souza
Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo, Maria Fátima de Souza
A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)
Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo, Emerson Elias Merhy
Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados, Laura Feuerwerker
Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas, Jadete Barbosa Lampert
Os Sinais Vermelhos do PSF, Maria Fátima de Sousa (org.)
O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica, Rosana Onocko Campos
Saúde Paideia, 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
A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes, Arthur Hyppólito de Moura
Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica, Djalma Agripino de Melo Filho
O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano, Emerson Elias Merhy et al.
Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica, Madel T. Luz
Acolher Chapecó: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho, Túlio Batista Franco et al.

Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades, João José Neves Marins

Proteção Social. Dilemas e Desafios, Ana Luíza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)

O Público e o Privado na Saúde, Luiza 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 Simon

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 Adoecidos 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 de 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 Fernandez, 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 Luisa 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 Góis

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, Sabrina 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, Tulio 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 (Bahia) 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
Poder, 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 Maguerz

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 Bedrikow & Gastão Wagner de Sousa Campos

