



# Caderno de Textos

Grupo de Estudos em Educação Popular e Saúde

Caderno I

2009

# Caderno de Textos

Grupo de Estudos em Educação Popular e Saúde

## Conteúdo

<b>A DIALOGICIDADE COMO PRÁTICA DA LIBERDADE .....</b>	<b>3</b>
PAULO FREIRE	
<b>AOS JOVENS .....</b>	<b>9</b>
PIOTR KROPOTKIN	
<b>O MODO HEGEMÔNICO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO .....</b>	<b>12</b>
<b>A CONSTRUÇÃO CONJUNTA DO TRATAMENTO NECESSÁRIO .....</b>	<b>21</b>
EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	
<b>O CUIDADO, OS MODOS DE SER (DO) HUMANO E AS PRÁTICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>32</b>
JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES	
<b>EDUCAÇÃO POPULAR: UM JEITO ESPECIAL DE CONDUZIR O PROCESSO EDUCATIVO NO SETOR SAÚDE .....</b>	<b>51</b>
EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	
<b>A EDUCAÇÃO POPULAR: CONCEITO QUE SE DEFINE NA PRÁXIS.....</b>	<b>56</b>
CARLOS NÚÑES HURTADO	
<b>OS DESAFIOS PARA O SUS E A EDUCAÇÃO POPULAR .....</b>	<b>68</b>
EDUARDO NAVARRO STOTZ	

Em nosso teatro, diante da natureza e diante da sociedade, que atitude produtiva podemos tomar para o prazer de todos nós, filhos de uma época científica? Essa atitude é uma atitude crítica. Diante de um rio, consiste em regularizar seu curso; tratando-se de uma árvore frutífera, enxertá-la; tratando-se do problema dos transportes, construir veículos terrestres, marítimos e aéreos; tratando-se da sociedade, fazer a revolução. Nossas representações da vida comum dos homens destinam-se aos que dominam os rios e as árvores, aos construtores de veículos e aos revolucionários; a todos esses convidamos para virem ao nosso teatro, pedindo-lhes que, quando aqui estiverem, não esqueçam seus alegres prazeres, pois queremos entregar o mundo a seus cérebros e a seus corações, para que o transformem a seu critério.

Bertolt Brecht 1898 – 1956

## A dialogicidade como prática da liberdade<sup>1</sup>

Paulo Freire

Ao iniciar este capítulo sobre a dialogicidade da educação, com o qual estaremos continuando as análises feitas nos anteriores, a propósito da educação problematizadora, parece-nos indispensável tentar algumas considerações em torno da essência do diálogo. Considerações com as quais aprofundemos afirmações que fizemos a respeito do mesmo tema em *Educação como Prática da Liberdade*.

Quando tentamos um adentramento no diálogo como fenômeno humano, se nos revela algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: a palavra. Mas, ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, como algo mais que um meio para que se faça, se nos impõe buscar, também, seus elementos constitutivos

Esta busca nos leva a surpreender, nela, duas dimensões: ação e reflexão, de tal forma solidárias, em uma interação tão radical que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se ressent, imediatamente, a outra. Não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí, que dizer a palavra verdadeira seja transformar o mundo.

A palavra inautêntica, por outro lado, com que não se pode transformar a realidade, resulta da dicotomia que se estabelece entre seus elementos constituintes. Assim é que, esgotada a palavra de sua dimensão de ação, sacrificada, automaticamente, a reflexão também, se transforma em palavreria, verbalismo, blabláblá. Por tudo isto, alienada e alienante. É uma palavra oca, da qual não se pode esperar a denúncia do mundo, pois que não há denúncia verdadeira sem compromisso de transformação, nem este sem ação.

Se, pelo contrário, se enfatiza ou exclusiviza a ação, com o sacrifício da reflexão, a palavra se converte em *ativismo*. Este, que é ação pela ação, ao minimizar a reflexão, nega também a práxis verdadeira e impossibilita o diálogo.

Qualquer destas dicotomias, ao gerar-se em formas inautênticas de existir, gera formas inautênticas de pensar, que reforçam a matriz em que se constituem.

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é *pronunciar* o mundo, é modificá-lo. O mundo *pronunciado*,

---

<sup>1</sup> FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos *pronunciantes*, a exigir deles novo *pronunciar*.

Não é no silêncio<sup>2</sup> que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la *para* os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais.

O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu.

Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a *pronúncia* do mundo e os que não a querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito. É preciso primeiro que, os que assim se encontram negados no direito primordial de dizer a palavra, reconquistem esse direito, proibindo que este assalto desumanizante continue.

Se é dizendo a palavra com que, "*pronunciando*" o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens.

Por isto, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes.

Não é também discussão guerreira, polêmica, entre sujeitos que não aspiram a comprometer-se com a *pronúncia* do mundo, nem a buscar a verdade, mas com impor a sua.

Porque é encontro de homens que *pronunciam* o mundo, não deve ser doação do *pronunciar* de uns a outros. É um ato de criação. Daí que não possa ser manhoso instrumento de que lance mão um sujeito para a conquista do outro. A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens.

---

<sup>2</sup> Não nos referimos, obviamente, ao silêncio das meditações profundas em que os homens, numa forma só aparente de sair do mundo, dele "afastando-se" para "admirá-lo" em sua globalidade, com ele, por isto, continuam. Daí que estas formas de recolhimento só sejam verdadeiras quando os homens nela se encontrem "molhados" de realidade e não quando, significando um desprezo ao mundo, sejam maneiras de fugir dele, numa espécie de "esquizofrenia histórica".

## Educação dialógica e diálogo

Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a *pronúncia* do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há, amor que a infunda<sup>3</sup>.

Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo. Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos e que não possa verificar-se na relação de dominação. Nesta, o que há é patologia de amor: sadismo em quem domina; masoquismo nos dominados. Amor, não. Porque é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico.

Como ato de valentia, não pode ser piegas; como ato de liberdade, não pode ser pretexto para a manipulação, senão gerador de outros atos de liberdade. A não ser assim, não é amor.

Somente com a supressão da situação opressora é possível restaurar o amor que nela estava proibido.

Se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens, não me é possível o diálogo.

Não há, por outro lado, diálogo, se não há humildade. A *pronúncia* do mundo, com que os homens o recriam permanentemente, não pode ser um ato arrogante.

O diálogo, como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus pólos (ou um deles) perdem a humildade.

Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim?

Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante dos outros, meios “isto”, em quem não reconheço *outros eu*?

---

<sup>3</sup> Cada vez nos convencemos mais da necessidade de que os verdadeiros revolucionários reconheçam na revolução, porque um ato criador e libertador, um ato de amor.

Para nós a revolução, que não se faz sem teoria da revolução, portanto sem ciência, não tem nesta uma inconciliação com o amor. Pelo contrário, a revolução, que é feita pelos homens, o é em nome de sua humanização.

Que leva os revolucionários a aderir aos oprimidos, senão a condição desumanizada em que se acham estes?

Não é devido à deterioração a que se submete a palavra amor no mundo capitalista que a revolução vá deixar de ser amorosa, nem os revolucionários façam silêncio de seu caráter biófilo. Guevara, ainda que tivesse salientado o "risco de parecer ridículo", não temeu afirmá-la. "Dejeme decirle (declarou dirigindo-se a Carlos Quijano) a riesgo de parecer ridículo que el verdadero revolucionario es animado por fuertes sentimientos de amor. Es imposible pensar un revolucionario auténtico, sin esta cualidad." Ernesto Guevara: *Obra Revolucionária*, México, Ediciones Era-S.A., 1967, pp. 637-38.

Como posso dialogar, se me sinto participante de um “gueto” de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são “essa gente”, ou são “nativos inferiores”?

Como posso dialogar, se parto de que a *pronúncia* do mundo é tarefa de homens seletos e que a presença das massas na história é sinal de sua deterioração que devo evitar?

Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela?

Como posso dialogar se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho?

A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de *pronúncia* do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Não há também diálogo, se não há uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de *ser mais*, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens.

A fé nos homens é um dado *a priori* do diálogo. Por isto, existe antes mesmo de que ele se instale. O homem dialético tem fé nos homens antes de encontrar-se frente a frente com eles. Esta, contudo, não é uma ingênua fé. O homem dialético, que é crítico, sabe que, se o poder de fazer, de criar, de transformar, é um poder dos homens, sabe também que podem eles, em situação concreta, alienados, ter este poder prejudicado. Esta possibilidade, porém, em lugar de matar no homem dialético a sua fé nos homens, aparece a ele, pelo contrário, como um desafio ao qual tem de responder. Está convencido de que este poder de fazer e transformar, mesmo que negado em situações concretas, tende a renascer. Pode renascer. Pode constituir-se. Não gratuitamente, mas na e pela luta por sua libertação. Com a instalação do trabalho não mais escravo, mas livre, que dá a alegria de viver.

Sem esta fé nos homens o diálogo é uma farsa. Transforma-se, na melhor das hipóteses, em manipulação adocicadamente paternalista.

Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a *confiança* de um pólo no outro é consequência óbvia. Seria uma contradição se, amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos. Por isto inexistente esta confiança na antidialogicidade da concepção “bancária” da educação.

Se a fé nos homens é um dado *a priori* do diálogo, a confiança se instaura com ele. A confiança vai fazendo os sujeitos dialógicos cada vez mais companheiros na *pronúncia* do mundo. Se falha esta confiança, é que falharam as condições discutidas anteriormente. Um falso amor, uma falsa humildade, uma debilitada fé nos homens não podem gerar confiança. A confiança implica o testemunho que um sujeito dá aos outros de suas reais e concretas intenções. Não pode existir, se a palavra, descaracterizada, não coincide com os atos. Dizer uma coisa e fazer outra, não levando a palavra a sério, não pode ser estímulo à confiança.

Falar, por exemplo, em democracia e silenciar o povo é uma farsa. Falar em humanismo e negar os homens é uma mentira.

Não existe, tampouco, diálogo sem esperança. A esperança está na própria essência da imperfeição dos homens, levando-os a uma eterna busca. Uma tal busca, como já vimos, não se faz no isolamento, mas na comunicação entre os homens — o que é impraticável numa situação de agressão.

O desespero é uma espécie de silêncio, de recusa do mundo, de fuga. No entanto a desumanização que resulta da “ordem” injusta não deveria ser uma razão da perda da esperança, mas, ao contrário, uma razão de desejar ainda mais, e de procurar sem descanso, restaurar a humanidade esmagada pela injustiça.

Não é, porém, a esperança um cruzar de braços e esperar. Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero.

Se o diálogo é o encontro dos homens para *Ser Mais*, não pode fazer-se na desesperança. Se os sujeitos do diálogo nada esperam do seu quefazer, já não pode haver diálogo. O seu encontro é vazio e estéril. É burocrático e fastidioso.

Finalmente, não há o diálogo verdadeiro se não há nos seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico. Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece entre eles uma inquebrantável solidariedade.

Este é um pensar que percebe a realidade como processo, que a capta em constante devenir e não como algo estático. Não se dicotomiza a si mesmo na ação. “Banha-se” permanentemente de temporalidade cujos riscos não teme.

Opõe-se ao pensar ingênuo, que vê o “tempo histórico como um peso, como uma estratificação das aquisições e experiências do passado”, de que resulta dever ser o presente algo normalizado e bem comportado.

Para o pensar ingênuo, o importante é a acomodação a este hoje normalizado. Para o crítico, a transformação permanente da realidade, para a permanente humanização dos homens. Para o pensar crítico, diria Pierre Furter, “a meta não será mais eliminar os riscos da



temporalidade, agarrando-se ao espaço garantido, mas temporalizar o espaço. O universo não se revela a mim (diz ainda Furter) no espaço, impondo-me uma presença maciça a que só posso me adaptar, mas com um campo, um domínio, que vai tomando forma na medida de minha ação”.

Para o pensar ingênuo, a meta é agarrar-se a este espaço garantido, ajustando-se a ele e, negando a temporalidade, negar-se a si mesmo.

Somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também, de gerá-la.

Sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação. A que, operando a superação da contradição educador-educandos, se instaura como situação gnosiológica, em que os sujeitos incidem seu ato cognoscente sobre o objeto cognoscível que os meditatiza.

## Aos jovens<sup>4</sup>

*Piotr Kropotkin*

É aos jovens que quero falar hoje. Que os velhos — os velhos de coração e de espírito — ponham-se de lado para não se fatigarem inutilmente com algo que nada lhes dirá.

Suponho que vos aproximais dos dezoito ou vinte anos, acabais vosso aprendizado escolar e entrais na universidade; ides entrar na vida. Possuís, acredito, o espírito liberto das superstições, que vos procuram inculcar: não tendes medo do diabo e não ireis ouvir deblaterar os padres e os pastores. Além do mais, não sois um destes janotas, tristes produtos de uma sociedade em declínio, que exibem sobre as calçadas suas calças mexicanas e seus rostos simiescos, e que já nessa idade possuem apetites de prazer a qualquer preço... Suponho, ao contrário, que possuís o coração em seu devido lugar, e é por isso que vos falo.

Uma primeira questão, sei disso, apresenta-se a vós: “O que eu me tornarei?”, vós vos perguntastes muitas vezes. Com efeito, quando se é jovem, compreende-se que, após ter estudado uma profissão ou uma Ciência durante vários anos — às custas da sociedade, observai-o bem —, não é para fazer dela um instrumento de exploração, e seria preciso ser bem depravado, bem carcomido pelo vício, para nunca ter sonhado, um dia, aplicar sua inteligência, sua capacidade, seu saber, para ajudar na libertação daqueles que pululam hoje na miséria e na ignorância.

Acredito que sois daqueles que sonharam, não é verdade? Bem, o que fareis para que vosso sonho torne-se realidade?

\* \* \*

Amanhã, um homem sem agasalhos virá buscar-vos para socorrer um doente. Conduzir-vos-á por uma destas ruelas onde os vizinhos quase podem dar-se as mãos por sobre as cabeças dos passantes; subis, em um ar impuro à luz vacilante de um lampião, duas, três, quatro, cinco escadas cobertas de sujeira deslizante e, em um quarto escuro e frio, encontrareis a enferma, deitada sobre um catre, recoberta de farrapos imundos. Crianças pálidas, tremendo de frio, observam-vos com os olhos arregalados. O marido labutou toda a sua vida de doze a treze horas diárias em qualquer tipo de trabalho: agora, está desempregado

---

<sup>4</sup> KROPOTKIN, P. Palavras de um revoltado; tradução: Plínio Augusto Coelho. – São Paulo: Imaginário Ed., 2005.

há três meses. O desemprego não é raro em sua profissão: repete-se periodicamente todos os anos; mas, outrora, quando se encontrava desempregado, a mulher ia trabalhar como diarista...lavar vossas camisas, talvez, ganhando uns poucos trocados por dia; mas eis que ela se encontra acamada há dois meses, e a miséria ergue-se hedionda diante da família.

O que aconselhareis à enferma? Vós, que haveis adivinhado que a causa da doença é anemia profunda, falta de boa alimentação, ausência de ar puro? Um bom bife todos os dias, uma caminhada ao ar livre, um quarto seco e bem arejado? Que ironia! Se ela pudesse fazê-lo, já o teria feito sem esperar vossos conselhos!

Se tiverdes um bom coração, a palavra franca, o olhar honesto, a família contar-vos-á muitas coisas. Ela vos dirá que do outro lado, essa mulher que tosse, a ponto de vos partir o coração, é a pobre passadeira; que no andar de baixo todas as crianças têm febre; que a lavadeira do térreo também não verá a primavera, e que na casa ao lado é ainda pior.

O que direis a todos estes enfermos? Boa alimentação, mudança de clima, um trabalho menos penoso?...Desejaríeis poder dizê-lo, entretanto, não ousais, e saís com o coração em pedaços.

No dia seguinte, ainda refletis sobre os habitantes do pardieiro, quando vosso colega vos conta que um criado veio buscá-lo em uma carruagem. Era para a moradora de uma rica mansão, para uma dama, esgotada por noites sem sono, que dedica às visitas, às festas, aos bailes com seu marido grosseiro. Vosso colega aconselhou-lhe uma vida menos inepta, uma alimentação menos picante, passeios ao ar livre, a calma de espírito e um pouco de ginástica no quarto.

Uma morre, porque durante toda a sua vida jamais comeu o bastante e nunca repousou o suficiente; a outra definha, porque durante toda a sua vida nunca soube o que é o trabalho...

Se vós sois uma dessas naturezas fracas, que se habituam a tudo, que, diante dos fatos mais revoltantes, aliviam-se com um suave suspiro e com um chope, então, acostumar-vos-eis, com o tempo, a estes contrastes, ajustar-vos nas fileiras dos boas-vidas para nunca vos encontrardes entre os miseráveis. Porém, se sois humano, se cada sentimento se traduz em vós por um ato de vontade, se a fera que reside em vós não matou o ser inteligente, então, retornareis um dia para vossa casa dizendo: “Não, é injusto, isto não deve continuar assim.” Não se trata de curar as enfermidades, é preciso preveni-las. Ao diabo, as drogas! Ar, alimento, um trabalho menos embrutecedor, é por aí que é preciso começar. Sem isto, toda esta profissão não é senão engodo e falsa aparência.

## **Nada é impossível de mudar**

Desconfiai do mais trivial,  
na aparência singelo.  
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.  
Suplicamos expressamente:  
não aceiteis o que é de hábito  
como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta,  
de confusão organizada,  
de arbitrariedade consciente,  
de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural  
nada deve parecer impossível de mudar.

Bertolt Brecht 1898 - 1956

## O modo hegemônico de produção do cuidado<sup>5</sup>

*Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.  
A vida inteira que podia ter sido e que não foi,  
Tosse, tosse, tosse.*

*Mandou chamar o médico:*

*- Diga trinta e três.*

*- Trinta e três... trinta e três... trinta e três...*

*- Respire.*

*- O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo  
e o pulmão direito infiltrado.*

*- Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?*

*- Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.*

*Pneumotórax*

*Manuel Bandeira*

Toda a história da humanidade nos revela o quanto mulheres e homens sempre se preocuparam em vencer a enfermidade e em buscar formas de aliviar a dor e restabelecer a saúde. No entanto, a identificação de algum sinal ou sintoma como um problema de saúde, e as formas de obter a cura e restabelecer a saúde variaram conforme a cultura, os conhecimentos e recursos disponíveis em cada sociedade e época histórica.

Atualmente, em nossa sociedade, quando identificamos que estamos com algum problema de saúde, que não pode ser resolvido com os conhecimentos de que dispomos, pensamos, em geral, em procurar por um atendimento médico.

Os profissionais de saúde particularmente os médicos, são por nós reconhecidos como capazes de julgar o nosso problema de saúde, identificar se estamos com alguma doença e propor medidas para nos tratar, para alterar aquilo que limita o nosso modo de viver e, assim, restabelecer a nossa saúde. A eles atribuímos autoridade para decidir sobre o que é normal e o que é patológico.

Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, podemos destacar que o saber produzido pela medicina ao longo do tempo conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida.

<sup>5</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

Com o desenvolvimento da biologia, da microbiologia e a conseqüente descoberta dos microorganismos causadores de doenças, a medicina teve um grande impulso e buscou se estruturar como prática científica. Em 1910, um relatório conhecido como Relatório Flexner determinou uma série de alterações nas escolas médicas para a formação de profissionais dentro dos referenciais científicos. Houve um forte estímulo para a especialização e para as atividades de pesquisas, visando ao conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para a sua reparação (Silva Junior, 1998).

A prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado cientificamente. Assim, esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação dos outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como a medicina chinesa, a homeopatia, o saber popular, entre outros, ao identificá-los como não-científicos e, por isso, ineficazes (Luz, 1988).

O desenvolvimento da medicina científica contou com grande apoio econômico. Sua capacidade de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores independentemente de as causas do adoecimento estarem relacionadas às condições de vida e de trabalho contribuiu para diminuir as tensões sociais e para a reprodução das relações capitalistas. Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar.

O que queremos destacar neste momento é que todo esse processo levou a uma crescente medicalização da sociedade, isto é, o saber cientificista da medicina passou a exercer o poder de influenciar e regular a vida em sociedade. Podemos perceber isso ao constatar a presença desse saber normatizando vários aspectos da nossa vida (alimentação, lazer, relações) e também pelo número cada vez mais elevado de tensões sociais e psicológicas que se expressam como problemas para a medicina, como doenças que demandam por atendimento nos serviços de saúde (Portillo, 1993).

### **O momento do encontro...**

Há, de um lado, uma pessoa com sua história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, uma pessoa também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares que é portadora de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor. No encontro entre essas pessoas é que se realiza o trabalho em saúde.

O momento de encontro clínico é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder se pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo. Trata-se de um momento de dizer em que o usuário e o profissional se apresentam com as marcas de seu viver e onde falas e gestos fazem parte de uma complexa comunicação.

Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo.

Contudo, é muito freqüente as pessoas saírem de uma consulta relatando que não conseguiram falar sobre tudo o que precisavam, que não conseguiram expor suas preocupações, dúvidas e medos. Queixam-se que o atendimento foi muito rápido, que quase não foram tocadas e examinadas, e sentem-se inseguras, desinformadas e desprotegidas com a atenção recebida.

### **Prática predominante: tendência à exclusão do Outro**

As pessoas buscam por cuidado, porém o profissional está voltado para, a partir de uma queixa, diagnosticar e tratar uma doença. Além disso, o modelo de pensamento predominante, orientado por uma racionalidade científica, considera que a verdade sobre as doenças está na alteração dos tecidos, na alteração da anatomia e funcionamento dos órgãos do corpo. A prática em saúde, particularmente a médica, estrutura-se então para a identificação e eliminação das lesões do corpo doente e, por pretender ser científica, pela busca da objetividade, da precisão e da exatidão (Camargo, 1992, 1993).

Essa racionalidade tende a fazer com que a relação dos profissionais seja com a doença e não com a pessoa. Podemos dizer que o indivíduo doente é considerado apenas um portador da doença, que deve ser excluído para que não atrapalhe a objetividade da ciência em diagnosticá-la. Os profissionais tendem, assim, a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento.

Essa tendência se acentua com o desenvolvimento científico-tecnológico, pois se ampliam as possibilidades de identificação de anormalidades, antes mesmo de estas se manifestarem através de algum sinal ou sintoma. A anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o olhar, a ausculta, a palpação e o toque do corpo do doente deixam de ter tanta importância para o diagnóstico da doença, uma vez que ela pode ser revelada pelos exames laboratoriais e de imagem. O desenvolvimento científico-tecnológico

reforça assim a possibilidade de uma prática quase sem a participação do doente (Schraiber, 1993).

O cuidado vai adquirindo outros significados. Ocorre um progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos etc.

Essas questões, em diferentes proporções, expressam-se no conjunto das profissões de saúde. Desenvolve-se uma dificuldade de os profissionais considerarem a singularidade e a subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico-terapêutico, de perceberem outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento. A concepção do processo saúde-doença tende a ficar reduzida ao biológico, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos.

#### *O que será que essa prática predominante acarreta?*

Podemos dizer que esse modo predominante das práticas em saúde resulta em limites importantes na percepção das necessidades de atenção e na efetividade das intervenções. Assim, por exemplo, dificuldades para controlar os níveis de pressão arterial decorrentes de problemas de vida enfrentados pelo usuário (desemprego, conflitos familiares, tensões sociais) tendem a passar despercebidas, ficando as intervenções dos profissionais restritas à prescrição de novos medicamentos, exames.

Esses limites se expressam de maneira muito significativa no atendimento de pessoas com queixas vagas e indefinidas em que a tentativa de diagnosticar uma doença, em geral, resulta na solicitação de vários exames de apoio diagnóstico e no encaminhamento para muitos especialistas sem, no entanto, conseguir entender e intervir no motivo que levou à procura por atenção ou até mesmo acarretando sofrimentos adicionais às pessoas.

Vale a pena ressaltar que parte importante da demanda por serviços ambulatoriais e de atenção básica é constituída por problemas que não conseguem ser classificados em uma entidade nosológica (uma doença) específica, atingindo, segundo alguns autores, valores de 50% a 60% (Almeida, 1998) do total de atendimentos. Pela própria medicalização da sociedade, muitas tensões sociais e emocionais se expressam na forma de sintomas corporais que ao não serem identificados e adequadamente abordados, aumentam ainda mais a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.



A dificuldade de os profissionais perceberem outras dimensões relacionadas ao adoecimento faz com que muitos problemas da vida sejam abordados com procedimentos e medicamentos e não como problemas a serem escutados, acolhidos e contornados pelo carinho, pelo vínculo, pela oferta de espaços de conversa e de outras ações e atividades.

As orientações dos profissionais ao dialogarem pouco com a singularidade das pessoas, com sua história de vida e familiar, com suas condições objetivas de subsistência, sua cultura, valores e desejos, tendem a ser prescritivas e normativas (Capozzolo, 2003). Dessa maneira, não contribuem para produzir mudanças nas relações que as pessoas estabelecem com os seus problemas de saúde, para ampliar suas possibilidades de intervir no processo de adoecimento e, conseqüentemente, sua autonomia e protagonismo no cuidado à saúde.

Estudos apontam inclusive a reprodução por agentes comunitários de saúde de recomendações médicas sem uma contextualização ou reflexão do seu sentido junto à população (Nunes et. al., 2002). Em geral, estabelece-se uma relação de poder em que o profissional é elevado à protagonista e o usuário constringido a ser platéia.

Outro aspecto a ser destacado é que não é apenas a subjetividade do usuário que tende a ser desconsiderada, mas também a subjetividade dos profissionais. As decisões dos profissionais tendem a ser consideradas como objetivas e despossuídas de subjetividade. Imagina-se que os profissionais orientados por referenciais puramente científicos, atuariam com neutralidade e sempre da mesma maneira com qualquer paciente.

No entanto, em nossas vivências, provavelmente já tivemos a oportunidade de perceber que entre profissionais há diferentes práticas que não estão relacionadas apenas aos conhecimentos técnico-científicos que possuem. As concepções dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, as concepções sobre o direito do usuário e o envolvimento com o trabalho, podem, por exemplo, influenciar na atenção prestada ao usuário. Nesse sentido, podemos nos lembrar dos profissionais que, em condições de trabalho semelhantes, se responsabilizam e tratam de forma diferenciada o usuário caso ele seja do serviço público, do convênio ou do consultório particular.

A prática em saúde, embora embasada em uma teoria científica, é profundamente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares. As diferentes práticas profissionais também estão relacionadas às diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário.

Assim, podemos observar que existem profissionais com maior ou menor facilidade para conversar, para se relacionar com os usuários; com maior ou menor habilidade para atender pessoas com determinadas características (agressivas, deprimidas, com múltiplas queixas, que questionam as orientações recebidas); profissionais que obtêm sucessos terapêuticos diferenciados apesar de apresentarem formação técnico-científica semelhantes.

No encontro com o usuário, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção, na aceitação de queixas para a investigação e intervenção. Profissionais e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A percepção e o entendimento dos sentimentos, dos afetos aí mobilizados, estão relacionados a uma maior possibilidade de escutar, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o usuário, de estabelecer vínculos e, portanto, a uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica (Balint, 1988).

*Você já havia pensado nessas dimensões presentes na prática profissional? Você acha que essas dimensões são consideradas nos processos predominantes de qualificação/capacitação profissional?*

Merhy (2000), ao pensar o trabalho médico, lança mão da imagem de valises para analisar os instrumentos que esse profissional utiliza para atuar. Há uma valise de mão, onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias duras; uma outra valise, que está na cabeça, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; uma terceira valise, a das relações, que está entre o trabalhador e o usuário, com as tecnologias leves. O território das tecnologias leves é o local onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.

Assim, uma prática clínica resolutiva, além da disponibilidade de equipamentos e de exames de apoio diagnóstico-terapêutico, requer dos profissionais competência nos aspectos técnico-científicos e também competência nos aspectos relacionais. Requer, assim, uma combinação de tecnologias de dimensões materiais e imateriais. O arranjo entre as valises para Merhy (2000) é que resulta numa prática mais centrada em procedimentos ou mais centrada no cuidado ao usuário.

No modo predominante de produção das práticas em saúde, como vimos, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves. As abordagens e intervenções dos

profissionais de saúde, de modo geral, tendem a girar em torno dos aspectos biomédicos, dos procedimentos e suas orientações a ser normativas e prescritivas, com pouco diálogo com a singularidade do usuário.

### **A necessidade de construção de novos modos de produção das práticas e de processos de educação em saúde**

O modelo de atenção centrado na oferta de atendimentos médicos, de procedimentos e medicamentos, com intervenções restritas ao biológico, se mostrou ineficaz para intervir nos problemas de saúde. Para implementarmos um modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários, capaz de satisfazer suas necessidades, é preciso haver mudanças no cotidiano do fazer em saúde, na prestação das ações de saúde, na clínica realizada pelos diversos profissionais.

Considerando a complexidade de fatores envolvidos na produção do adoecimento a atuação dos profissionais não pode se restringir apenas aos aspectos biomédicos. Campos (1996) utiliza o conceito de clínica ampliada para definir a clínica necessária nos serviços de saúde: uma clínica que inclua além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabilize tanto com a cura e reabilitação quanto com a prevenção e a proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborar projetos terapêuticos singulares com ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao adoecimento e ao sofrimento. Enfim, uma clínica com compromisso com a produção de saúde, de vida.

Campos (1996) ressalta a importância dos projetos terapêuticos terem como referência a construção da autonomia do usuário, ou seja, contribuir para aumentar a sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, de instituir novos modos de vida, de ser protagonista na produção da saúde e de si. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença-restabelecimento, dialogar com os saberes, os valores e desejos do usuário na construção dos cuidados à saúde.

Uma clínica ampliada tem uma potencialidade muito grande para intervir em situações que limitam o viver. Rosemberg e Minayo (2001) ilustram essa potencialidade ao relatarem, em um interessante artigo, uma experiência de adoecimento e cura. Esse artigo enfoca como a percepção por parte de um profissional de saúde de que o grave processo de adoecimento de uma pessoa não estava relacionado a causas biológicas e como sua atuação, estimulando para que essa pessoa assumisse um novo papel diante da vida, foram fundamentais para o processo

de cura. Uma prática clínica ampliada é essencial para diminuir a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.

*Falamos bastante do modo hegemônico de produção das práticas de saúde e de seus condicionantes. Você pode estar se perguntando: é realmente possível a construção de práticas clínicas ampliadas?*

Apesar das múltiplas determinações desse modo hegemônico, o encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Merhy (1997, 2002) destaca esse espaço como lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde. É justamente no fato de o trabalho em saúde realizar-se numa relação entre pessoas que reside a potencialidade de construção de uma clínica diferenciada, de uma clínica voltada para as necessidades singulares do usuário.

O envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para escutar, para estabelecer contato e se vincular ao usuário; o seu compromisso em ofertar uma atenção integral, em utilizar todo o conhecimento que possui para a produção de cuidado e o seu compromisso em se responsabilizar pelo usuário são importantes pontos de partida.

Porém, realizar abordagens e intervenções mais amplas implica a possibilidade de os profissionais analisarem e refletirem sobre a racionalidade que orienta suas práticas, de perceberem a subjetividade envolvida no seu trabalho, de perceberem as diversas dimensões relacionadas ao processo de adoecimento, sofrimento e cura.

Para ampliar a escuta, o olhar e a percepção dos profissionais é importante a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos e, assim, são valiosas as contribuições de campos do conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular entre outros. Deve-se destacar também a importância da aquisição de referenciais e de espaços de análise para entender e lidar com o que acontece no momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que aí são produzidos, com a subjetividade e os aspectos relacionais da prática.

Intervenções mais amplas dependem do trabalho de cada profissional e também da atuação conjunta de vários profissionais, da integração de diferentes práticas e saberes, da utilização de diversos meios e ações terapêuticas tais como: atividades de grupo, visitas domiciliares, atividades em outras instituições (escola, creches), redes sociais de apoio e outras atividades terapêuticas. Dependem de um trabalho em equipe que articule ações individuais e coletivas.

Uma clínica ampliada necessita de uma construção cotidiana pelo conjunto dos trabalhadores bem como de um processo de organização e gestão do trabalho que possibilite essa construção. No modo predominante de funcionamento dos serviços de saúde, no entanto, observamos pouca integração entre os diferentes trabalhos, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diversos profissionais e uma tendência às ações gerenciais ficarem restritas aos aspectos burocrático-administrativos, às normas de funcionamento dos serviços.

A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção das ações de saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais. Enfim, um papel importante na construção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias.

Assim, desenvolver arranjos institucionais que estimulem o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários bem como possibilitar espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão dos referenciais que orientam as práticas, para a análise e avaliação do sentido das ações produzidas são alguns caminhos para a construção de novos modos de produção de cuidado e de processos de educação permanente em saúde.

## **A construção conjunta do tratamento necessário**

*Eymard Mourão Vasconcelos*

O atendimento médico aborda pacientes que, por serem marcados por uma cultura e por limitações materiais, não se modelam passivamente aos tratamentos prescritos. Assim medicar é também um ato educativo e de negociação com os saberes e práticas populares de saúde. Os médicos têm enfrentado esta questão pelo que chamam de o "bom senso médico", aprendido pela imitação dos mestres e pelo processo intuitivo de erros e acertos. Mas há ciências que estudam aspectos dessa questão. Este artigo é uma tentativa de abordar o tema de uma forma didática a partir do instrumental da educação popular. Propõe uma metodologia de relação médico-paciente voltada para a construção conjunta do tratamento necessário.

### **1-Introdução: O tratamento passa pela liberdade e pela cultura do paciente**

Medicar é muito mais que escolher e prescrever os melhores cuidados e medicamentos. Tratamos pessoas que, por serem marcadas por uma cultura e por limitações materiais, não se modelam passivamente às nossas orientações. Os pacientes não são quadros em branco onde podemos imprimir nossas conclusões e prescrições, pois já trazem para o atendimento médico suas próprias visões de seus problemas e uma série de outras práticas alternativas de cura. São visões e práticas normalmente não narradas durante a consulta, principalmente se o paciente é de nível socioeconômico baixo. Estamos em uma sociedade onde o saber dos doutores é dominante, tornando ilegítimos os outros saberes e, portanto, motivo de vergonha. Assim, medicar é também um jogo de convencimento e negociação do nosso diagnóstico e prescrição com estes outros saberes e práticas, onde a conduta resultante será um híbrido, fruto da reinterpretação pelo paciente, cidadão livre.

Quais são esses saberes e práticas populares? Esta é uma pergunta com a qual os médicos, em geral, não se preocupam conscientemente, apesar de irem desenvolvendo, pela intuição e imitação dos mestres, uma série de estratégias de relação com essas práticas e percepções populares. Denominam essas posturas não refletidas de lidar com a cultura do paciente de "bom senso médico". São elas que explicam o sucesso de muitos médicos (nem sempre aqueles com melhor capacitação científica) com os seus pacientes. Esse sucesso médico é difícil de ser avaliado pelo próprio clínico, que normalmente continua trabalhando apenas com os pacientes que se integraram às suas condutas. Os insatisfeitos, em geral, não voltam. Se voltam, não costumam falar de suas insatisfações ou das adaptações realizadas.

Por que um aspecto tão central na prática médica deve continuar sendo enfrentado intuitivamente? Se buscamos a bibliografia mais atualizada para decidir qual antibiótico usar em um caso de abscesso pulmonar, por que não buscar também bibliografia atualizada para enfrentar esta questão? Há ciências que cuidam de problemas como esse: a antropologia, a sociologia e a educação. Talvez, nós profissionais de saúde tenhamos um pouco de dificuldade em lidar com a natureza aparentemente mais imprecisa das ciências sociais. Mas a gravidade dos problemas de saúde com que lidamos está a exigir mais esse esforço científico. A antropologia, que se estruturou como ciência a partir do estudo de povos considerados exóticos e primitivos, passou também, a partir de meados do século, a utilizar o seu método para compreensão da dinâmica cultural dos diversos grupos sociais da civilização ocidental (Guimarães, 1990). A educação, antes voltada basicamente para as questões da escola, passa a refletir também sobre o significado das relações educativas que acontecem nas diversas instâncias e práticas da vida social.

A medicina tem concentrado seus esforços no enfrentamento de doenças isoladas através do desenvolvimento de técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas que atuam no processo de adoecimento e de cura ao nível do corpo biológico. O esforço médico, em geral, corre paralelo, dessincronizado e até mesmo em oposição ao esforço e à busca que a população vem fazendo para enfrentar seus problemas de saúde. A proliferação das chamadas medicinas alternativas (ou paralelas) é um sinal da crescente percepção pela sociedade dos limites da medicina. Com a multiplicação dos Centros de Saúde a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, esta questão tornou-se fundamental. Antes, a grande distância entre os hospitais e ambulatórios centrais e o cotidiano da vida popular tornava impossível uma interferência mais significativa dos profissionais nesse nível. Mas os Serviços de Atenção Primária à Saúde representam uma inovação institucional justamente porque possibilitam essa aproximação. A experiência internacional, como é o caso cubano, tem demonstrado que a sua surpreendente eficiência se dá na medida em que o serviço consegue se inserir profundamente na dinâmica social local.

## **2- As diferentes práticas populares em saúde**

Como são estas práticas populares de saúde? Antes de mais nada, é preciso chamar atenção para a heterogeneidade das classes populares. As mudanças da economia têm levado a uma intensa fragmentação e diferenciação da população. Nomes genéricos como "os pobres", "a comunidade", "a classe trabalhadora" ou "o povo" tendem a esconder os diferentes modos de vida e de pensamento existentes na população. Mesmo quando aparenta ter um

grande grau de homogeneidade, como é o caso de uma favela, na verdade é composta de grupos sociais muito diferentes entre si, tanto do ponto de vista material como cultural (proletários, empregados domésticos, pequenos comerciantes, traficantes de drogas, mendigos, líderes, recém migrados rurais, famílias antigas e tradicionais, doentes mentais, artistas, etc.). O médico, se quer se aproximar da cultura de seu paciente, precisa estar atento para esta diferenciação: de onde provém a renda da família, a que grupo religioso ou racial pertence, é ligado a algum movimento social?

Podemos didaticamente dividir as práticas populares de saúde segundo a sua localização social:

a-práticas familiares ou caseiras;

b-práticas executadas por pessoas que delas auferem renda ou distinção social (raizeiros, rezadeiras e pais-de-santo);

c-práticas dos movimentos sociais locais.

#### *a- Práticas familiares ou caseiras de saúde*

O serviço de saúde tende a tratar cada paciente como se fosse um indivíduo solto na sociedade. No entanto, ele, ao adoecer, procura discutir seu problema com amigos e familiares, delineando uma visão sobre o mesmo. Na maioria das vezes são tentadas medidas terapêuticas caseiras. O adoecimento traz uma revalorização da vida familiar e dos laços de solidariedade dos amigos. As orientações e os cuidados prescritos pelo médico se misturam com as do grupo familiar. O tratamento depende do envolvimento de toda essa rede. Por isto a abordagem médica precisa se alargar para o grupo familiar do paciente, principalmente diante dos casos mais complexos. Mas ao perceber certa crítica ou desconfiança familiar diante de sua prescrição, o médico tende a assumir uma posição de desvalorização dos vínculos que unem esta rede de apoio, tão fundamental para a recuperação do paciente e que, muitas vezes, está fragilizada e em crise pela baixa auto-estima e pela opressão vivida por seus membros. Colaborando com esta postura, existe certo preconceito das categorias profissionais mais intelectualizadas contra a família, vista como instância de coerção à individualidade e a liberdade pessoal. Mas, diferentemente dos grupos sociais mais abastados que podem comprar no mercado muitos dos serviços tradicionalmente fornecidos pela família, no meio popular estes apoios caseiros são fundamentais.

As famílias populares podem apresentar-se de formas bastante diferenciadas da família nuclear (pai, mãe e filhos), considerada como modelo de normalidade. É crescente o número de famílias sem a presença do pai ou onde o homem é pai de apenas alguns dos filhos.



Costumam ser julgadas como desestruturadas, justificando para o médico uma não implementação de sua prescrição. São comuns as famílias extensas, onde moram na mesma minúscula casa avós, tios, amigos recém chegados do interior, irmãos casados, mães solteiras, etc.. É uma situação, muitas vezes, classificada como promiscuidade. Existem ainda famílias vivendo situações de crise (alcoolismo, miséria extrema, conflitos conjugais graves, doença mental, grande número de filhos pequenos, desemprego, conflito com o crime organizado, etc.) que não conseguem dispensar os cuidados básicos aos seus membros. Vistas como acomodadas, tendem a ser desprezadas pelos serviços por não dar conta de se enquadrarem na sua rotina (horário de marcação de consultas, execução dos exames laboratoriais, postura atenciosa nos atendimentos e obediência detalhada da prescrição). Neste momento, o setor saúde segrega justamente os mais carentes, atuando de forma semelhante à instituição escolar que os marginaliza através da repetência e evasão escolar. Ao contrário de desprezo e humilhação, essas famílias em situação de risco e com membros (crianças, idosos doentes e deficientes) sem autonomia de buscarem por conta própria seus direitos de cidadãos, requerem um acompanhamento diferenciado. Neste sentido, tem sido uma das prioridades da UNICEF -Fundo das Nações Unidas para a Infância- o apoio da valorização da abordagem à família nas práticas de saúde (Kaloustian, 1994).

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

É a mulher quem assume os cuidados do recém-nascido e das crianças menores (higiene, alimentação, apoio psicológico e proteção dos acidentes). É a principal responsável pela manutenção da limpeza da casa e do cuidado com o vestuário. Assume o tratamento caseiro das doenças mais simples, seja através do uso de plantas medicinais, seja através de medicamentos indicados anteriormente por profissionais de saúde e cujo uso foi aprendido. Nas doenças mais graves é a dona de casa quem leva as crianças ao médico, enfrenta filas e a burocracia dos serviços, carrega o doente nos ônibus ou no colo de um serviço para outro, aplica os medicamentos e cuidados prescritos, vigia o surgimento de sintomas e sinais de complicações clínicas, controla a vacinação e outros cuidados preventivos. Enfrenta o descaso do Estado para com os doentes das famílias trabalhadoras, brigando para conseguir fichas,

dando "jeitinhos" para ter acesso a serviços especiais, denunciando e reclamando quando é grosseiramente injustiçada, implorando consideração, etc.. Também é a mulher da classe trabalhadora quem toma as maiores iniciativas para superar os conflitos entre os filhos, com o marido e com os vizinhos, tentando manter o equilíbrio psicológico. A educação, a formação de hábitos, o acompanhamento na escola e a orientação do lazer dos filhos são outras tarefas coordenadas pela mulher. Ainda administra a utilização dos alimentos e materiais de consumo disponíveis, faz trocas e empréstimos com a vizinhança e controla as dívidas nos armazéns para que a carência não chegue a graus extremos. Por causa desse seu maior envolvimento com as questões de saúde do lar, as mulheres são as que mais participam das organizações comunitárias e dos grupos reivindicativos locais por melhores condições de vida e saúde.

Essas mulheres são, portanto, detentoras de um significativo saber e uma rica prática em saúde que precisam ser considerados pelos profissionais. Elas (cuidando de si ou trazendo parentes) são as principais presenças populares nos serviços de saúde. Muitas vezes, a aparente apatia e desinteresse que demonstram é sinal de resistência e insatisfação ao modo como são tratadas: uma massa uniforme, carente, sem experiência nas questões de saúde e, portanto, necessitando de ser doutrinada (Dias, 1987).

Os cuidados caseiros narrados durante a consulta devem ser avaliados pelo clínico não apenas por seu impacto direto na biologia do corpo doente, mas também por seu significado na totalidade da vida. Assim, o agasalhar o marido gripado ou o lhe preparar gemada quente é também um sinal de carinho e acolhimento, fundamentais na sua recuperação. É neste sentido que se diz que a medicina popular não sofre da separação, que marca a alopatia, entre o que é biológico, espiritual e psicológico. Com chás, orações, alimentos especiais e carinho, a experiência de adoecer é superada em dimensões que vão além da recomposição do órgão afetado: pode significar o fortalecimento dos laços de solidariedade e gratidão e do sentimento de segurança e felicidade do paciente. Essas práticas, carregadas de dimensões religiosas e atitudes de acolhimento, ajudam o paciente e sua família, em crise pela doença, a reelaborar a experiência de sofrimento vivenciada, reorganizando suas posturas diante da vida. A dor se alivia e surge um novo ânimo para enfrentá-la, quando se percebe seu sentido na história do grupo a que se pertence.

O crescente reconhecimento social que vêm alcançando muitas das chamadas medicinas alternativas (homeopatia, acupuntura, naturopatia, etc.), que funcionam segundo modelos explicativos fora da lógica científica da nossa medicina, vem tornando cada vez mais evidente o que os filósofos da ciência estão, há algum tempo, buscando ressaltar: o método científico, o mesmo que construiu a fisiopatologia e terapêutica médica, é apenas um dos

caminhos possíveis de conhecer e intervir no processo de adoecimento e de cura. O mistério da vida humana extrapola, em muito, o conhecimento científico. É preciso estar aberto e respeitar outras formas de abordagem dos problemas de saúde, entre as quais, a medicina popular. Nós, brasileiros, somos herdeiros de um saber em saúde, acumulado durante milênios, de geração em geração, que pode contar com a flora e a fauna mais diversificadas do planeta e que só ultimamente começa a merecer algum estudo científico. Muitos médicos que conviveram de perto com o arsenal da medicina popular ficaram fascinados com suas curas "inexplicáveis". Mas são experiências fragmentadas e não sistematizadas. É preciso, portanto, superar a arrogância de muitos profissionais de saúde diante de considerações trazidas por populares (muitas vezes descalços ou com olhar envergonhado) sobre os seus problemas de saúde.

*b- Práticas de saúde executadas por raizeiros, rezadeiras e pais-de-santo*

A medicina popular é um conhecimento difusamente presente na maioria das famílias, baseado na utilização de plantas medicinais, cuidados caseiros e orações. Em cada lugar sempre há os mais entendidos, mas são pessoas que exercem sua atividade profissional habitual e, de vez em quando, orientam alguém que os procura. Não são muitos os locais onde essas pessoas mais entendidas se dedicam essencialmente ao tratamento de doentes, passando, então, a aceitar presentes e pequenas retribuições. São distinguidos como sábios populares. Dificilmente esta medicina popular chega a ser encarada como uma atividade econômica rentável, pois é exercida com grande motivação religiosa. Acreditam que seu saber é um presente de Deus que não pode ser comercializado. Dependendo da ênfase dada às orações na abordagem dos casos, são chamados de raizeiros ou rezadeiras. É através destes sábios populares que a medicina popular deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas de cura para se tornar um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre a vida, a doença e a morte.

Há um estudo muito interessante de um raizeiro nordestino, baseado no seu depoimento (Tiago, 1984) que ressalta justamente a dimensão espiritual dessa prática de saúde, normalmente não explicitada nas inúmeras publicações sobre o tema, que tendem a ser apenas uma descrição das plantas medicinais utilizadas. Com a urbanização e a expansão da medicina oficial, essa medicina popular vem se tornando imprecisa em muitas regiões: há muita confusão em relação à identificação das plantas, a dose a ser utilizada e sobre as melhores abordagens.

Nas cidades maiores há os vendedores de ervas e plantas medicinais em barracas nas feiras e nas ruas. Apesar de não terem, em geral, um conhecimento muito extenso, eles também fazem consultas e prescrevem. Por serem muito mais comerciantes do que sábios populares, tendem a exercer uma medicina popular muito simplificada: para cada queixa, uma planta e uma venda. As dimensões espirituais e de acolhimento psicológico, tão fortes na medicina popular, são deixadas de lado. É baixa a confiabilidade da identificação das plantas que vendem. Nos últimos anos esse comércio vem se sofisticando, com a organização de indústrias e farmácias.

A medicina popular pode, portanto, se apresentar de forma bastante diversificada. Ao mesmo tempo, que é preciso respeitá-la, é necessário saber de suas contradições internas. Muitos pacientes chegam usando remédios caseiros ou perguntando sobre a possibilidade de usá-los. O médico, mesmo não tendo uma opinião acabada sobre cada um desses tratamentos, pode criar um espaço de aprofundamento, na medida em que, manifestando o seu respeito e interesse, explicita o seu pouco conhecimento sobre os recursos da medicina popular e expõe o tratamento que estudou e conhece, com os seus limites e as suas vantagens. O diálogo pode continuar se o paciente coloca suas dúvidas, suas experiências anteriores e as circunstâncias de sua vida que facilitam ou atrapalham cada um dos tipos de tratamento e se o profissional, com o seu conhecimento, opina sobre cada uma daquelas colocações.

Mesmo que o clínico não tenha conhecimento sobre o efeito médico de determinada planta, ele tem informações sobre a maneira de diagnosticar e os mecanismos biológicos de cada doença, que podem ajudar a redefinir o seu uso. Tendo poucas informações sobre o efeito constipante do chá de broto de goiabeira na diarreia, tem muito o que opinar sobre o seu uso na medida em que essas diarreias se curam pelos próprios mecanismos de defesa do organismo e que as drogas constipantes podem prejudicar estes mecanismos. Ele pode contribuir para o questionamento do uso de determinada planta para o tratamento de "bronquite", na medida em que sabe que o que é chamado de bronquite engloba uma série de doenças diferentes, com diferentes causas e, portanto, exigindo diferentes tratamentos.

Em áreas onde é forte a cultura negra e estão presentes o candomblé e a umbanda, o médico está sempre se defrontando com os seus sistemas mágicos de cura, cuja compreensão exige um esforço muito grande. Enquanto os erveiros, de uma forma semelhante à medicina alopática, se voltam para a cura de doenças pré-definidas buscando nas plantas uma intervenção sobre órgãos afetados, os ritos terapêuticos afro-brasileiros atuam essencialmente ao nível do simbólico. Nos seus ritos, se procura retirar, não uma determinada doença, mas os maus fluidos que acompanham o doente e o fazem sofrer, buscando reorganizar as suas

relações com o mundo sobrenatural e a sociedade. Os pais-de-santo utilizam também as plantas medicinais na lógica dos raizeiros em muitos casos, mas o que lhes é característico é a utilização de certos vegetais como instrumentos de seus rituais. É o caso da jurema (com seu efeito alucinógeno) e os ramos e folhas para as benzeções. Os pais e mães-desanto procuram, através de rituais em que se entra em estado de transe, obter a intercessão dos espíritos para resolver as, por eles chamadas, "doenças espirituais". Neste sentido, é uma prática de cura que se integra com a assistência médica oficial: muitas vezes os pais-de-santo encaminham para o médico o tratamento dos "problemas materiais". É usual ter pacientes se tratando simultaneamente nos dois sistemas de cura.

Pelo caráter exótico destes ritos, é comum os médicos assumirem uma postura de desprezo, sem buscar entender as narrativas dos pacientes que deles fazem uso. No entanto, estudos têm chamado a atenção para a eficácia desses rituais diante de problemas de saúde mental e de dimensões psicológicas das doenças orgânicas. Durante os ritos, o indivíduo em crise existencial vê seus conflitos, contradições, frustrações pessoais se rearticularem dentro de uma nova visão religiosa e global de sua vida, onde os seus males deixam de ser "uma fraqueza" ou "uma inferioridade" para se tornarem resultados de um jogo universal e que podem ser superados pela adesão ao culto, onde passa a encontrar um novo espaço de convivência social, muitas vezes com mais solidariedade e amizade. A partir desta experiência pode-se conseguir um progressivo reordenamento das relações familiares e comunitárias (Loyola, 1984). É um desafio para o médico, que também tem suas crenças e ritos, dialogar com outra crença tão diferente, mas que pode ser central no processo de cura de seu paciente.

### *c- Os movimentos comunitários de saúde*

Principalmente a partir da década de 1970, os médicos que atuam junto às classes populares vêm se deparando com um novo e importante interlocutor: os movimentos sociais locais. São os grupos de mulheres, associações de moradores, núcleos locais de igrejas pentecostais, grupos de jovens, pastoral da criança, grupos de capoeira, comissões municipais ou locais de saúde, os vicentinos, pastoral da saúde, núcleos locais de partidos políticos, mobilizações em torno de determinada reivindicação, etc.. Em geral são formados de um número relativamente pequeno de participantes por grupo, têm formas coletivas de tomada de decisão e um distanciamento pequeno entre as lideranças e os demais participantes. Eles vêm transformando os problemas individuais de saúde em problemas coletivos enfrentados com reflexões e discussões, lutas políticas, criação de redes de solidariedade e manifestações

culturais. Mesmo que muitos dos pacientes não pertençam a nenhum destes movimentos, sabem que a eles podem recorrer em caso de uma dificuldade maior e são atingidos por suas atividades culturais. Têm significado um importante espaço pedagógico na formação de pessoas conscientes de seus direitos e capazes de intervir no jogo social, levando assim a um alargamento das possibilidades de cada paciente enfrentar de forma mais intensa as raízes de seus problemas de saúde. Abrem, portanto, para o médico a possibilidade de uma abordagem mais ampla da doença que não se reduza à prescrição de um medicamento voltado para o órgão acometido, mas que busque também intervir nas condições sociais, ambientais e psicológicas de base.

Muitos profissionais assumem uma postura defensiva em relação a esses movimentos, vendo-os apenas como vigias e cobradores de seu trabalho. Por causa deste medo, não se aproximam e assim não percebem a usual receptividade e vontade de aliança. O envolvimento com esses grupos possibilita ao médico o acesso a importantes conhecimentos sobre a realidade local e, ao mesmo tempo, contar com novos aliados e recursos comunitários para o tratamento de diversos pacientes. Mas é importante buscar se relacionar com os movimentos comunitários sem se contrapor a sua autonomia. O título de doutor significa um poder simbólico que tem a força de calar vozes ou fazer das relações com o meio popular uma relação de subordinação.

### **3- Um método: a construção conjunta do tratamento necessário**

O modelo de consulta médica tradicional está centrado em uma busca acurada de informações (seja pela anamnese, seja pelo exame físico e laboratorial) que permitam uma sábia decisão do médico sobre o melhor tratamento para o problema apresentado. As tentativas de melhorar a relação com o paciente estão voltadas para a obtenção de dados mais abrangentes para uma melhor decisão terapêutica. Acontece que no atendimento ambulatorial, diferentemente da situação no hospital, onde é pequeno o controle do tratamento pelo paciente, o cuidado médico implementado passa necessariamente pela liberdade do doente e de sua família. A eficácia médica está subordinada à eficácia pedagógica da relação com o paciente e sua família. Na prática clínica, usualmente se recorre intuitivamente a estratégias educativas voltadas para o convencimento do paciente, ou seja, fazê-lo abandonar suas convicções anteriores sobre o problema e aceitar o diagnóstico e a conduta prescrita. Para isto, utiliza-se principalmente de posturas que ressaltam o poder e a legitimidade do saber do médico como falar com autoridade, firmeza e vestir-se de forma diferenciada.

A medicina diante de cada caso dispõe de múltiplos meios de investigação que fornecem diferentes graus de precisão ao diagnóstico e tem diferentes formas de tratamento que proporcionam níveis diversos de segurança e de cobertura. Acontece que cada um destes meios de investigação e tratamento tem diferentes custos (dinheiro, tempo, sofrimento, afastamento das atividades e esforço físico) para o paciente e para a sociedade. A decisão de quais recursos vão ser empregados em cada caso não é uma decisão puramente científica, mas baseada também em fatores subjetivos e sociais. Se lembrarmos ainda da constatação, já discutida, de que a medicina científica é apenas um dos caminhos (talvez o mais elaborado) de conhecimento e intervenção no processo de adoecimento e de cura e que os nossos pacientes trazem outras visões e saberes válidos (porque integrados em sua cultura e em sua realidade material de vida) e que não podem ser apagados durante a consulta, não resta outra alternativa que aprendermos a construir as condutas terapêuticas através do diálogo. De um lado, o paciente que conhece intensamente a realidade onde está inserida sua doença e carregado de crenças, saberes e estratégias de intervenção nesta realidade. De outro lado, o médico com conhecimentos científicos sobre o problema, mas também carregado de crenças próprias da cultura do grupo social de onde veio. Na medida em que cada um sabe dos seus limites, é possível estabelecer uma relação pedagógica onde o diálogo não é apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz por estar inserida na cultura e nas condições materiais do paciente, como também por estar aberta a outras lógicas de abordagem da doença. Agindo dessa forma, se contribui tanto na formação de cidadãos mais capazes de gerirem sua saúde, como na superação dos limites da medicina popular, que são muitos. O desafio é avançar neste sentido em serviços marcados pela precariedade e pelo excesso de demanda. É necessário um esforço teórico sistemático e muita abertura pessoal para compreensão das lógicas culturais do popular, aparentemente tão despropositadas. Este movimento é potencializado se o médico busca também formas de inserção e atuação fora do consultório (Vasconcelos, 1991).

A prática médica acontece cada vez menos em consultórios isolados e cada vez mais em instituições interligadas em amplas redes de assistência onde convivem grande número de profissionais. Este fato, se em muitos lugares tem resultado numa fragmentação e super especialização do trabalho médico que aliena o profissional do significado global de seus atendimentos, em outros locais vem abrindo a possibilidade de se buscar uma nova ampliação da eficácia terapêutica através do trabalho interdisciplinar. A criação de espaços de interação entre os diferentes saberes e olhares trazidos por cada profissão para o enfrentamento de casos concretos, não é um processo espontâneo e fácil. Pelo contrário, é atravessado de conflitos e

incompreensões, exigindo um trabalho persistente. Para o médico que tradicionalmente assumiu a posição de comando e decisão nos serviços de saúde, esta reorganização de sua relação com os outros profissionais é particularmente difícil, mas fascinante se consegue superar as barreiras iniciais.

Muito se tem falado na construção de uma Medicina Integral ou Holística. São muitas as medicinas alternativas se auto-denominando de holísticas. Mas uma Medicina Integral não é uma nova tecnologia que tudo resolve. Também não significa a soma de todas as técnicas e todos os conhecimentos, pois o conhecimento de todos os fatos e o esgotamento de todos os aspectos é algo que o homem não atinge. A medicina é uma ciência e uma prática social marcada pela complexidade em que cada problema só pode ser compreendido pela inter-relação de múltiplos aspectos. Assim, a Medicina Integral não é algo já pronto, mas um processo em construção histórica. Não há dúvidas, no entanto, que, hoje, a interdisciplinaridade e a participação popular na construção de condutas médicas mais alargadas são chaves fundamentais no caminhar em direção a Medicina Integral.



## **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**

*José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres*

### **Resumo**

As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. Este ensaio de reflexão tem como objetivo examinar, desde uma perspectiva hermenêutica, alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde. O conceito ontológico de Cuidado (*Sorge*), de Heidegger, em suas relações com os modos de ser (do) humano, é a base da revisão crítica empreendida acerca das características atuais da atenção à saúde. O desenvolvimento da análise é orientado por um estudo de caso de atenção primária à saúde, extraído da experiência profissional do próprio autor. Projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade são apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde.

### **Relato de um Caso**

“Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta<sup>1</sup> veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a

atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse.

Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar’. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado — que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa — o grande sonho, seu e do marido — construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil — a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma

vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.”

### **Acerca do Objeto e Pressupostos desta Reflexão**

A narrativa acima é o relato de uma experiência do autor em suas atividades de assistência médica em uma unidade de atenção primária à saúde. Abrir o presente ensaio com esta narrativa tem um duplo propósito aqui. O primeiro deles é buscar, através da narrativa, uma aproximação, antes de tudo estética, do leitor ao assunto a ser tratado: o humano e o cuidado nas práticas de saúde. Trata-se de chamar o leitor a *perceber* o tema, antes mesmo de uma aproximação mais conceitualmente municiada. O segundo propósito é utilizar o caso como guia da discussão, pois o que na narrativa pode ser mais imediatamente percebido é substantivamente aquilo que se quer explorar de modo mais sistemático ao longo do ensaio: alguns aspectos que podem fazer de um encontro terapêutico uma relação de Cuidado, desde uma perspectiva que busque ativamente relacionar o aspecto técnico, aos aspectos humanistas da atenção à saúde.

Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação (Schraiber, 1997). Não é senão como resposta a isso que se torna compreensível o surgimento recente no campo da saúde de diversas propostas para sua reconstrução, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde etc (Czeresnia e Freitas, 2003). Uma tal reconstrução necessita, para sua realização, de esforços coletivos e pragmáticos, entendidos nos termos habermasianos de um processo público de interação entre diversas pretensões, exigências e condições de validade das diversas proposições e interesses em disputa (Habermas, 1988). Há já em curso na saúde coletiva brasileira processos dessa natureza relacionados à reconstrução das práticas de saúde, muito especialmente aquele que gravita em torno das proposições da chamada *humanização da atenção à saúde* (Deslandes, 2004).

O que se busca com o presente ensaio é somar a esse debate, trazendo-se uma perspectiva reflexiva que estrutura em torno à noção de *Cuidado*, uma série de princípios teóricos e práticos que se julga relevantes para iluminar muitos dos desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde.

Um esclarecimento importante deve ser feito antes de se prosseguir, e que diz respeito às pretensões de validade deste ensaio por si só. Na qualidade de um ensaio reflexivo, não teria sentido postular, na argumentação a ser aqui desenvolvida, alguma verificação puramente factual ou lógica das proposições. Não se trata de aceitar ou rejeitar qualquer enunciado de tipo assertivo, mas de convidar o leitor ao exame da coerência argumentativa e de seu significado e validade prática. Em outros termos, trata-se aqui menos de buscar *conhecer* um dado aspecto da realidade do que procurar *entendê-lo* (Gadamer, 1996). Seguindo na trilha dos saberes de corte hermenêutico que constituem a herança das chamadas “humanidades”, busca-se uma relação de construção compartilhada, uma compreensão que é simultânea e imediatamente “formação” daqueles que se entendem sobre algo que diz respeito às suas próprias identidades histórica e socialmente construídas (Gadamer, 1996).

Seria também prudente, nessas considerações iniciais, tecer uma certa delimitação terminológica que minimize a polissemia de expressões que têm pautado o processo de reconstrução das práticas de saúde no Brasil. Felizmente há já trabalhos que realizaram a exploração conceitual desses termos de forma muito competente, aos quais se remete o leitor interessado em maior aprofundamento, como os já citados estudos de Deslandes (2004) e Czeresnia & Freitas (2003). A esses, poderiam ser acrescentadas as discussões desenvolvidas e organizadas por Pinheiro e Mattos (2001) acerca da integralidade. Para as finalidades deste ensaio, assume-se a centralidade lógica e prioridade ética da noção de humanização em relação às demais, buscando-se trabalhar com esta no sentido genérico de um conjunto de proposições cujo norte ético e político é *o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum*.

Destaque-se na definição acima, em primeiro lugar, a ampliação do horizonte normativo pelos quais se pensa deverem ser guiadas e julgadas as práticas de saúde, expandindo-o da referência à normalidade morfofuncional, própria às tecnociências biomédicas modernas (Luz, 1988), à idéia mais ampla de felicidade. A idéia de felicidade busca, por outro lado, escapar tanto à restrição da conceituação de saúde a este horizonte tecnocientífico estrito quanto a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como a clássica definição da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70 (Alma-Ata, 1978). Ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois

as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente. Já a noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, freqüentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. É justamente essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização.

Por outro lado, o caráter contrafático, isto é, avesso a qualquer tentativa de definição *a priori*, mas acessível apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização dos valores associados à felicidade, deve estar sempre em vista se queremos evitar qualquer tipo de fundamentalismo ou, num outro extremo, de idealismo paralisante, no seu descolamento da vida real. Esse caráter pragmático parece também ser uma marca das atuais perspectivas reconstitutivas.

Por fim, e na mesma linha desse traço pragmático, parece claro hoje que, embora se aceite que a felicidade humana é, em essência, uma experiência de caráter singular e pessoal, a referência à validação democrática de valores que possam ser publicamente aceitos como propiciadores dessa experiência é do que parece tratar-se quando se discute a humanização da atenção à saúde como uma *proposta política*, envolvendo inclusive as instituições do Estado. Por fim, outro aspecto importante a ser destacado nessas considerações preliminares é o pressuposto, que se quer assumir aqui, acerca do caráter contraditoriamente central das tecnociências da saúde na busca da humanização das práticas de saúde. Isto é, se as tecnociências biomédicas vêm construindo e se orientando por um horizonte normativo restrito e restritivo em relação ao que se quer entender hoje por saúde, é verdade também que são elas que constroem parte substantiva das experiências vividas em relação às quais são construídas as concepções de saúde, ou os horizontes de felicidade. Com a explicitação desse pressuposto, quer-se demarcar a distância tanto de proposições que restringem ao desenvolvimento e acesso científico-tecnológico o caminho para a superação dos limites atuais das práticas de saúde, num messianismo cientificista insustentável, quanto daquelas que vêm no desenvolvimento científico-tecnológico uma espécie de negação dos valores humanistas da atenção à saúde. Oscilando para o polar oposto, cai-se num anticientificismo que parece ignorar que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos. Seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos meios técnicos ou gerenciais de sua aplicação, o que se enxerga neste ensaio como o norte e desafio central da humanização é a *progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das*

*relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana.*

### **O Cuidado: da Ontologia à Reconstrução das Práticas de Saúde**

D. Violeta, participante do caso relatado no início deste ensaio, é freqüentadora assídua de uma unidade básica de saúde. Nunca falta, mas também nunca está satisfeita. O serviço e o profissional que realizam seu atendimento, por sua vez, também não estão satisfeitos. Não podem estar, tanto devido ao elevado grau de hostilidade sempre apresentado pela usuária como porque, dos pontos de vista clínico e epidemiológico, a eficácia da intervenção é muito baixa. Como compreender, de um lado, a ineficácia da intervenção e, de outro lado, por contraditório que pareça, a sólida reiteração dessa intervenção pouco eficaz – ainda mais assombrosa se considerarmos a escala em que situações como essa se repetem diariamente nos diversos serviços de saúde? Por outro lado, por que foi, e o que foi que mudou a qualidade do encontro terapêutico a partir da situação crítica descrita no preâmbulo?

A resposta à primeira pergunta, por si só, já seria suficiente para preencher todo o espaço deste artigo, pela riqueza e complexidade das questões envolvidas, mas, em um necessário esforço de síntese, pode-se apontar a situação de encontro não atualizado, isto é, de um potencial de interação que não se realiza plenamente, como o núcleo contraditório da crise enfrentada naquela relação terapêutica, como a crise de legitimidade pelas quais passam as práticas de saúde de modo geral. A reiteração da procura não deixa dúvida do interesse legítimo no espaço da assistência, mas a esterilidade mecanicamente vivida e repetida aponta também que as bases dessa legitimidade ainda (ou já) não estão assentadas em bases reconhecidas e aceitas pelos participantes da situação. É como se as tecnociências da saúde constituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Certamente cada um sabe, a seu modo e com diferentes graus de domínio técnico, para que servem esses recursos. O que talvez falte é a resposta sobre o sentido desse uso, sobre o significado desses recursos para o dia-a-dia do outro.

Agora se está em melhores condições para responder à segunda pergunta, ou começar a respondê-la: o que mudou foi que se passou a procurar, naquele momento, o sentido e o significado de diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas. Mais que isso, ou como base disso, passou-se a procurar o significado da própria presença de um diante de outro: D. Violeta e seu médico, naquele espaço, naquele momento. O que a catarse daquele (des)encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender da falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de médico e de paciente, orientados, ambos, por uma

lógica que, em si mesma, não pode atribuir sentido a nada, a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional. O que se tornou possível pela linha de fuga aberta com a percepção vertiginosa daquele *non sense*, tão em desacordo com a importância do que deveria se realizar naquele espaço, foi a busca da totalidade existencial que permitia dar significados e sentido não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida que, por razões biográficas trágicas, D. Violeta tinha tanta dificuldade de reencontrar. O que criou as condições para a reconstrução da relação terapêutica a partir daquele momento não foi uma técnica, um conceito, foi uma *sabedoria prática*<sup>6</sup>, posta em ação por um misto de circunstância, desejo e razão dos que se encontraram. O final de turno, o cansaço, os ânimos à flor da pele, a insatisfação já crônica de ambos, e tantos outros elementos difíceis de identificar, tudo isso concorreu para irromper o novo. Mas quando se presta bem atenção ao acontecido, apesar de ser difícil responder exatamente o que foi causa de quê, parece bastante evidente que houve um elemento fundamental para a reconstrução do encontro terapêutico que ali ocorreu. Foi o *projeto de felicidade* um dia concebido, violentamente abortado e agora recuperado por D. Violeta que a fez finalmente aparecer no espaço da consulta e, ao mesmo tempo, fez surgir diante dela *o seu* médico. É como se aquele projeto, revalorizado, reconhecido, pudesse ser retomado em um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si.

Este é o elemento que se quer destacar: o projeto de felicidade, nesse duplo aspecto, de ser projeto e desse projeto ter como norte a felicidade. O aspecto felicidade já foi discutido acima, diz respeito a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde. Mas o aspecto projeto não é menos importante. Ele remete a uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. Não por acaso, a ontologia existencial de Heidegger (1995) recorre à expressão “*Cuidado*”, tão amplamente usada na saúde para se

---

<sup>6</sup> Conceito derivado da filosofia aristotélica, repercutido em nossos dias pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como *phrónesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da Boa Vida (Gadamer, 1983).

referir às relações dessa centralidade dos *projetos* no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir.

Heidegger, um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia, uma compreensão da existência, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana, designa como Cuidado, o próprio ser do ser do humano (*ser-aí, da-sein*). Em sua busca por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste ser, ele aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano. Estas e outras polaridades são tornadas possíveis e indissociáveis por que o humano é o “ser que concebe o ser”, faculdade esta, por seu turno, constituinte mesma do seu próprio existir. Essa circularidade, Heidegger mostrou não ter nada de viciosa, mas ser a condição de possibilidade de pensar a existência humana sem ter que escolher entre explicações apoiadas em fundamentos impossíveis de serem verificados ou a restrição auto-imposta à positividade lógicoformal e empírica, nos moldes das ciências naturais (Stein, 2002a). Estabelece, assim, as bases para, com Kant, contra Kant e para além de Kant, dar finalmente à filosofia moderna não apenas a fundamentação secular que perseguia já desde o século XVII, mas também as questões e procedimentos filosóficos pertinentes à situação humana na Modernidade (Stein, 2002b). Com a sua fenomenologia hermenêutica e sua analítica existencial, Heidegger, especialmente em *Ser e Tempo* (1996), convida a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. A temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar. É isso que autoriza Heidegger, em *Ser e Tempo*, a nomear como Cuidado o ser do humano, numa referência a essa “curadoria” que este está sempre exercendo sobre a sua própria existência e a do seu mundo, nunca como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável, mas sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras (Heidegger, 1995).

Não será possível, nem necessário, percorrer as mediações que levam do caráter abstrato do Cuidado como categoria ontológico-existencial para o plano das atividades e preocupações práticas do cuidado da saúde. Os interessados podem remeter-se a Foucault (2002), em cuja genealogia podem ser encontrados subsídios preciosos, tanto para a



fundamentação histórica da compreensão da existência humana como Cuidado, quanto sobre o modo como o “cuidado de si” (*cura sui*), desde as raízes gregas das sociedades ocidentais contemporâneas, passou a integrar a preocupação com a saúde às determinações mais centrais da construção dos projetos existenciais humanos. Por outro lado, Gadamer (1997), em uma série de ensaios sobre a saúde, demonstra como a totalidade hermenêutica de uma reflexão existencial pode jogar luz sobre os significados de adoecer, do conhecimento científico em saúde e das técnicas e artes de curar. O que cabe destacar aqui desse vínculo entre a ontologia existencial e a reflexão sobre as práticas de saúde é o caráter mutuamente esclarecedor, o potencial hermenêutico, de que se investe a noção de projeto para as práticas humanas, o que tem riquíssimas implicações para o desafio prático de reconstrução das práticas de saúde.

Com efeito, com a breve incursão filosófica à ontologia existencial heideggeriana só se quis fundamentar aquilo que, de resto, um olhar mais atento sobre o caso de D. Violeta já permitiria perceber. Foi a recuperação do seu projeto existencial que permitiu estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e acenar para um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido, e dar sentido a preocupações anteriores, como o controle da hipertensão. Como foi visto, a irrupção desse elemento no encontro terapêutico, tanto na elucidação do projeto de vida de D. Violeta, como na ressignificação desse projeto com o recurso a um outro pequeno projeto (ou “metaprojeto”), o de narrar literariamente sua história de vida, propiciou a reorientação da assistência na direção de sua humanização, se entendida nos marcos acima definidos.

Mas não apenas o projeto, senão também o Cuidado, deve ser valorizado nesse recurso à ontologia existencial. Heidegger aponta muito positivamente para o fato de que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela idéia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como Cuidado. Também no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, tal como aconteceu no caso em discussão.

Este encontro terapêutico de outra qualidade, mais “humanizado”, certamente apresenta características técnicas diversas daquele que se realizava anteriormente. Embora a guinada de um a outro modelo tenha sido fruto de razões e ações não redutíveis a uma técnica, assim que se assenta em novas bases a relação terapêutica, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir tecnicamente que se possa repetir o sucesso prático que justifica o encontro terapêutico. É claro que êxito técnico e sucesso prático não são a mesma

coisa (Ayres, 2001). O sucesso prático, o alcance da felicidade num sentido existencial, foi além, no caso de D. Violeta, do êxito técnico do controle da hipertensão arterial. Mas foi este êxito técnico que justificou e promoveu o encontro do sucesso prático. O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente *a permeabilidade do técnico ao não-técnico*, o diálogo entre essas dimensões interligadas. Foi esse diálogo que tornou possível caminhar para um plano de maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico; foi da possibilidade de fazer dialogar à normatividade morfofuncional das tecnociências médicas com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida (Habermas, 1988), que (res)significou a saúde, o serviço, o médico. Por isso defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá-se denominar *Cuidado* essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo *Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.*

### **Acolhimento, Responsabilidade, Identidades**

Uma vez assumidas as implicações do Cuidado para as dimensões propriamente técnicas das práticas de saúde, outro aspecto importante a ser explorado no caso relatado se coloca para exame. Foi dito acima que a inflexão experimentada pela relação terapêutica de D. Violeta com seu serviço e seu médico deveu-se fundamentalmente à procura de sentidos e significados envolvidos na situação de saúde e de vida de D. Violeta. Viu-se também que as condições que determinaram esta inflexão estão envoltas na complexidade de um devir catártico, que não tem interesse maior em si mesmo, mas sim na natureza das motivações e condições que pôs em jogo ali. Nesse sentido, a presença de uma sabedoria prática posta em operação de modo não calculado e não calculável (do contrário não seria uma sabedoria prática) foi apontada como o diferencial que tornou possível o movimento de humanização daquele encontro terapêutico e sua transformação em Cuidado. Quando se trata, agora, de tirar

as conseqüências desse evento para uma reconstrução tecnicamente organizada e orientada pelo ideal de Cuidado, trata-se de identificar, entre os complexos determinantes, as condições de possibilidade para a desejável presença de uma sabedoria prática em meio e por meio das tecnologias do encontro terapêutico.

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão foi o privilegiamento da *dimensão dialógica* do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Isto porque, naquele momento, foi possível ao profissional ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, foi o elemento que fez surgir o médico e sua paciente, a paciente e seu médico.

A esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionado um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento. Como mostram diversos autores (Silva Jr. e col, 2003; Teixeira, 2003), o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades. Esses autores também destacam que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita por Teixeira (2003). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta.

Foi efetivamente a escuta diferenciada que transformou o contato de D. Violeta com o serviço. Contudo, é importante destacar que nos contatos anteriores da usuária havia também uma preocupação ativa com a escuta, um certo tipo de escuta. Já contando com a insatisfação e reclamações que viriam, oferecia-se sempre uma continente e paciente escuta, que buscava reconhecer sua insatisfação e não deixar que este mau estado de ânimo interferisse sobre a avaliação da hipertensão que justificava sua presença ali. Então não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar.

É aqui que faz toda a diferença atentar-se para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se irá modular o tipo de escuta procurada. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será mesmo orientada à obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la e, assim, aspectos ligados à situação existencial do sujeito que procura a atenção à saúde serão considerados apenas

elementos subsidiários desse monitoramento, quando não ruídos. No caso de D. Violeta, sua insatisfação, seu “mau humor”, era apenas um dado incidental, que vinha sendo hábil e cuidadosamente contornado para que a consulta pudesse acontecer. Quando, no entanto, se amplia o horizonte normativo para uma dimensão existencial, o desencontro habitual é entendido como expressão de uma “in-felicidade”, a qual, não por acaso, se manifestava ali no espaço assistencial. Então o humor da paciente frente ao médico, e vice-versa, passa a ser entendido como um indicador de um insucesso prático da relação. A escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra. O ato de fechar o prontuário, guardar a caneta e abandonar o diálogo dirigido, quase monológico, que caracterizava os encontros anteriores foi uma alternativa escolhida. Haveria outras possibilidades de reação do profissional de saúde à “crise de humores” relatada? Sim, certamente. Uma delas seria seguir apoiando-se na paciência calculada e contornar o mais rapidamente o “ruído” para a avaliação médica. No extremo oposto, uma reação também destemperada poderia decretar a impossibilidade do diálogo, naquela consulta ou em definitivo, tão comumente relatada pelos usuários e profissionais em suas experiências nos serviços. Seria possível, ainda, a convocação de outro profissional para intervir na situação, como o psicólogo, freqüentemente lembrados quando algum “paciente” está com “dificuldade de interação”. Todas essas soluções girariam, contudo, em torno do mesmo eixo, de evitar o ruído à conversa que “realmente interessaria”.

Mas o eixo foi abandonado, ou reconstruído, e paciente e médico aceitaram participar de um outro diálogo, ou melhor, *decidiram* fazê-lo. Essa decisão é outro traço bastante relevante. Diante de quaisquer circunstâncias, tomar uma decisão é, como sugere a ontologia existencial heideggeriana, agir *em-função-de* (Heidegger, 1995: 259), é tender a uma posição amplamente determinada por uma situação que precede o momento da decisão, mas que se reestrutura para e pelo sujeito da decisão a partir do momento em que, junto ao outro, atualiza seu projeto existencial na decisão tomada. Decidir é deliberar, tanto quanto determinar (Ferreira, 1986: 524), ao mesmo tempo em que remete a cortar – do latim *caedere* (Cunha, 1982: 241). Há, portanto, já presente na decisão aquilo que esta possibilita acontecer, mas que se reestrutura em nova totalidade existencial quando se rompe com algo, quando se corta e abandona outro poder-ser. Ora, esse tomar para si o próprio ser, “abandonando-se” a uma possibilidade sua suscitada por e diante de um outro, remete a dois aspectos mutuamente implicados, que assumem no Cuidado, como atividade da saúde, um lugar destacado: responsabilidade e identidade.

Entre as possibilidades, acima destacadas, para reagir à “crise dos humores”, o que permite compreender a escolha efetivamente feita é a responsabilidade que um assume frente

ao outro, no sentido de responder moralmente por algo. Foi o assumir radical das responsabilidades de terapeuta que permitiu fugir à “comodidade” estéril do estar fazendo “corretamente” a (conhecida e segura) parte técnica do trabalho. É também porque se responsabiliza pelo espaço da interação terapêutica que D. Violeta se propõe a reinvestir energias e confiança num convite absolutamente novo, mas no fundo desejado, para aquela antiga (e também conhecida e segura) relação. Essa ativa vinculação moral resulta em tornar-se, cada um, o garante de efeitos voluntários e involuntários de suas ações. Esse movimento será mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde desta garantia, isto é, responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações.

A responsabilidade assume relevância para o Cuidado em saúde em diversos níveis, já desde aquele de construção de vínculos serviço-usuário, de garantia do controle social das políticas públicas e da gestão dos serviços, até este plano em que se localiza aqui a discussão. É preciso que cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interroguem acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos.

O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é relativamente intuitiva, pois se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a que se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde.

A construção de identidades é um tema difícil e complexo, que não cabe aqui tratar em profundidade. Não obstante, também é impossível refletir sobre a questão da humanização sem passar por esse aspecto, pois no momento em que se age *em-função-de* algo, tornando-se, portanto, caução para esse algo, está-se imediatamente dizendo-se quem se é ou se busca ser. Voltando mais atrás no desenvolvimento da reflexão, a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida, traz para o espaço do encontro terapêutico, potencializando-o, um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários.

Embora, insiste-se, não seja propósito aqui teorizar sobre processos de construção identitária, é necessário ressaltar que uma afirmação como a acima realizada só é possível quando se toma como fundamento a ipseidade ou *identidade-ipse* (Ricoeur, 1991), isto é, a compreensão da identidade como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada

pelo encontro com a alteridade. Tal concepção contrapõe-se à visão mais tradicional, que Ricoeur chama de identidade-idem, que designa mesmidade, aquilo que é idêntico a si e imutável através do tempo. Em outros termos, comunga-se a compreensão de que o ser mais próprio de cada um não é sempre o mesmo, mas *pelo mesmo*. É no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu próprio ser, que, como nos mostrou Heidegger (1995), é sempre já “ser em” e “ser com”. Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção do si mesmo e do outro. Há um provérbio de origem sul-africana, da etnia Zulu, que se refere exatamente a essa mutualidade e processualidade da construção de identidades-alteridades. Diz ele: “Eu sou o que vejo de mim em sua face; eu sou porque você é”.

São muitas as implicações desses processos para o repensar e reconstruir das práticas de saúde (Ayres, 2001), já desde o fato de que não é possível encararmos qualquer relação terapêutica como começando exatamente ali no momento do primeiro encontro. O profissional que surge diante de um usuário é já carregado dos significados, de uma alteridade determinada, em estreita relação com o modo como o usuário se identifica como paciente. Da mesma forma que os profissionais também se compreendem como tal na presença desse outro que ele espera encontrar, o paciente. Portanto, quando se estabelece uma interação não se a inicia; rigorosamente se a “retoma”. Ora, é fundamental ter-se isso à vista quando se busca fazer da interação terapêutica um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura tecnicidade, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização da normatividade morfofuncional dos nossos horizontes terapêuticos, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidadesalteridades que já medeiam e subsidiam os encontros.

Esse processo, claro, não é simples. Viu-se, no caso relatado, como foi necessária uma experiência limite para que o médico pudesse se permitir que se construísse de forma mais rica e interativa sua identidade como terapeuta, assim como, num primeiro momento, D. Violeta, também estranha e resiste ao súbito convite à reconstrução de sua identidade-paciente quando uma nova alteridade-médico surge à sua frente. Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático para uma discursividade mais livre, isto é, onde o diálogo busque ativamente uma renúncia, ao menos temporária, a deixar-se guiar como uma anamnese, em sentido estrito. Tal procedimento evita a tendência monológica, na qual a fala do paciente vai se restringir a ser quase exclusivamente (porque nunca o será integralmente) uma extensão, uma complementação do discurso do profissional, apenas preenchendo os

elementos que lhe faltam para percorrer um percurso que é só seu. Com isso, surgem possibilidades mais ricas não apenas de se tornar mais claro – para os dois lados da relação terapêutica – o sentido do Cuidado que busca atualizar-se naquele encontro, seu significado existencial, como também de trazer elementos capazes de tornar mais precisos os recortes objetuais (sistemas morfofuncionais, riscos, determinantes) que por ventura se façam necessários para os procedimentos de cuidado e autocuidado.

Caberia ainda destacar, entre as possibilidades de reprodutibilidade técnica elucidadas pela situação relatada, o enriquecimento também das possibilidades terapêuticas, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações, como o foi o estímulo à recuperação biográfica e relato literário no caso de D. Violeta. Assim, compor “diagnósticos” e “terapêuticas” vinculados a situações existenciais, com proposições práticas que fujam ao estrito âmbito morfofuncional, ou que as articulem a ações de outra natureza ou propósito, é também uma alternativa inscrita entre mudanças que podem humanizar as práticas assistenciais. Aliás, esta heterodoxia pode começar já no âmbito da terapêutica médica mesmo. O uso de parâmetros diagnósticos, drogas, doses e combinações podem seguir critérios mais singularizados, distintos do padrão convencional, sempre que o manejo prático da situação particular demonstrar positivamente sua variação em relação a comportamentos esperados por meio de médias (como doses farmacologicamente ativas, efeitos benéficos ou adversos efetivamente produzidos, interações medicamentosas, expressão laboratorial de constantes fisiológicas ou padrões morfológicos etc). Essa singularização da abordagem diagnóstica e terapêutica, de resto já celebrizada na máxima clínica de que “cada caso é um caso”, tem sido freqüentemente esquecida, levando-se à indistinção entre *caso* como situação particular de certo(s) universal(is) de origem científica e *caso* no sentido de situação singular de um paciente (Gadamer, 1997). Paradigmático, nesse sentido, é a situação da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE é um recurso contemporâneo de grandes potenciais e riscos, simultaneamente. Se com ela for mais fácil ver, com o auxílio de uma experiência médica ampliada e organizada cientificamente, modos de melhor manejar a singularidade do adoecimento de quem cuidamos, então ela estará efetivamente contribuindo na direção racionalizadora e humanizadora de sua proposição inicial (Sackett e col., 1997). Mas caso ocorra o inverso, isto é, se as evidências acumuladas levam à correspondência exata do caso em questão à média dos casos estudados pela comunidade científica, então estaremos condenando o manejo clínico a um cientificismo bastante problemático, recentemente condenado pelos próprios mentores da proposta da MBE (Castiel e Póvoa, 2001).

Outras heterodoxias terapêuticas devem ser pensadas para além do âmbito estrito dos serviços de saúde, embora articulados a ele. Apoio à escolarização e aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos e vocações, atividades físicas e de vivências corporais, atividades de lazer e socialização, promoção e defesa de direitos, proteção legal e policial, integração a ações de desenvolvimento comunitário e participação política, tudo isso pensado tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de possibilidades menos ortodoxas de intervenções orientadas pelo Cuidado em saúde. É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc.), e na interação entre horizontes normativos diversos, como exemplificado pelos importantes avanços realizados nos diálogos entre saúde e direitos humanos. De qualquer maneira, mesmo que tais investimentos se mostrem ainda incipientes, o que cada profissional de saúde conseguir fecundar de seu pensar e fazer de interdisciplinaridade, intersetorialidade e internormatividade, certamente já o colocará em melhor posição para a heterodoxia proposta, assim como colocará essa heterodoxia em melhores condições de se ampliar como prática.

Por fim, o que não deve ser esquecido de modo algum, e que também foi demonstrado no caso relatado, é a flexibilidade e dinamismo da técnica. É preciso que a experiência que se transformou em tecnologia não se cristalize como tal. Como diz Mehry (2000), as tecnologias leves, isto é, a dimensão em que operam as interações humanas no trabalho em ato na saúde, devem ser permeáveis à mudança, ao novo, à reconstrução. Poder-se-ia acrescentar: devem estar abertas e sensíveis à interferência do não-técnico, à sabedoria prática, tal como vimos acontecer na situação de D. Violeta. Para alcançar essa abertura não cabe exatamente uma nova tecnologia, pois, como já referido acima, a racionalidade prática não é de natureza teórica ou técnica. Mas talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida.

### **O Cuidado, a Saúde e os Coletivos Humanos**

Não seria possível concluir o presente ensaio sem fazer referência a um aspecto da maior importância, mas frequentemente negligenciado quando se trata de pensar ou discutir a questão do Cuidado. Trata-se da aplicação deste conceito a coletivos humanos, de um lado, e,



de outro lado, da dimensão social dos processos de adoecimento e da construção de respostas a tais processos.

Quase sempre que se fala de Cuidado, humanização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende, como foi o caso da própria situação prática que guiou este estudo reflexivo. Contudo, retomando-se a definição aqui adotada acerca de humanização, no sentido de seu *compromisso com valores contrafáticos validados como Bem comum*, fica evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo.

Em primeiro lugar porque a idéia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Em segundo lugar, porque a própria construção das identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas singularidades se deve transitar na perspectiva do Cuidar, se faz, como já apontado acima, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer. Em terceiro lugar, e o que interessa especialmente destacar nessas últimas linhas, é que não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los.

Com efeito, desde a aurora da Modernidade emergiu, junto a uma consciência histórica da existência humana, a consciência de que o adoecer é também histórica e socialmente configurado; de que tanto os determinantes do adoecimento quanto os saberes e instrumentos tecnicamente dirigidos a seu controle são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres relacionarem-se entre si e com seu meio (Rosen, 1994). Por isso, não faz sentido pensar os valores contrafáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência. Os  *fatos*  em função dos quais estes valores são construídos só podem ser compreendidos em sua relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais. As respostas técnicas e políticas ao adoecimento também são o resultado desses mesmos contextos, reclamando o mesmo tipo de compreensão. A distribuição dos recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação a partir deles ou para a minimização de impactos negativos sobre a vida, tanto quanto a própria concepção e operação desses recursos, são

igualmente produtos da vida social, na qual finalidades e meios são contínua e interativamente reconstruídos.

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário (Ayres e col., 2003; Paim, 2003). Seja pensando em diagnósticos de situação, planejamento de ações e monitoramento de processos e resultados relativos a determinado agravo ou situação de grupos populacionais específicos, seja enfocando a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias num sentido mais geral, uma abordagem sócio-sanitária guarda estreita relações com as perspectivas reconstrutivas do Cuidado, e em dupla direção.

De um lado, as transformações orientadas pela idéia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersectorialidade e interdisciplinaridade. A própria interação proposta entre diferentes normatividades terá condições mais limitadas de se realizar se não forem trazidos à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais em sua concepção e expressão, como aqueles configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc. Além disso, se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de Cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido.

Quando se busca, por outro lado uma aproximação não tecnocrática às questões de diagnósticos e intervenção em saúde em escala coletiva, quando se busca democratizar radicalmente o planejamento e a gestão das instituições de saúde e suas atividades, quando se busca, enfim, uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os sujeitos “de carne e osso” que constituem esses coletivos, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado.

Por isso, afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos.

## A FINALIDADE DA CIÊNCIA

Entretanto, seremos ainda cientistas, se nos desligamos da multidão? Os movimentos dos corpos celestes se tornaram mais claros; mas os movimentos dos poderosos continuam imprevisíveis para os seus povos. A luta pela mensuração do céu foi ganha através da dúvida; e a credulidade da dona-de-casa romana fará que ela perca sempre de novo a sua luta pelo leite. A ciência, Sarti, está ligada às duas lutas. Enquanto tropeça dentro de sua bruma luminosa de superstições e afirmações antigas, ignorante demais para desenvolver plenamente as suas forças, a humanidade não será capaz de desenvolver as forças da natureza que vocês descobrem. Vocês trabalham para quê? Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a canseira da existência humana. E se os cientistas, intimidados pela prepotência dos poderosos, acham que basta amontoar saber, por amor do saber, a ciência pode ser transformada em aleijão, e as suas novas máquinas serão novas aflições, nada mais. Com o tempo, é possível que vocês descubram tudo o que haja por descobrir, e ainda assim o seu avanço há de ser apenas um avanço para longe da humanidade.

Bertold Brecht, *Vida de Galileu Galilei*

## **Educação Popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**

*Eymard Mourão Vasconcelos*

O Brasil teve um papel pioneiro no mundo na constituição do método da Educação Popular, o que explica em parte a sua importância, aqui, na redefinição de práticas sociais dos mais variados campos do saber. Ela começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados a Igreja católica e influenciados pelo humanismo personalista que florescia na Europa no pós-guerra, se voltam para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da educação popular. Seu livro *Pedagogia do Oprimido* (1966) ainda repercute em todo o mundo.

Educação Popular não é o mesmo que "educação informal". Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando. Segundo Carlos Brandão (1982), a Educação Popular não visa criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e cagando em fossas sépticas. Visa participar do esforço que já fazem hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC paulista - para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior das classes populares. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular. Esta valorização do saber popular permite que o educando se sinta "em casa" e mantenha a sua iniciativa. Neste sentido não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na

Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém vertical.

Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. Prioriza a relação com os movimentos sociais por serem expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade cuja voz é usualmente desqualificada nos diálogos e negociações. Apesar de, muitas vezes, partir da busca de soluções para problemas específicos e localizados, o faz a partir da perspectiva de que a atuação na microcapilaridade da vida social é uma estratégia de desfazer os mecanismos de cumplicidade, apoio e aliança, os micropoderes, que sustentam as grandes estruturas de dominação política e econômica da sociedade. Está, pois, engajada na construção política da superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a vida na nossa sociedade.

No campo da saúde, a Educação Popular tem sido utilizada como uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico, de um lado, e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, de outro. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global dos serviços, busca entender, sistematizar e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar as incompreensões e mal-entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse. A partir deste diálogo, soluções vão sendo delineadas. Neste sentido, tem significado não uma atividade a mais que se realiza nos serviços de saúde, mas uma ação que reorienta a globalidade das práticas ali executadas, contribuindo na superação do biologicismo, autoritarismo do doutor, desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas para problemas sociais globais que dominam na medicina atual. É, assim, um instrumento de construção ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população.

Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos.

### **1-1 Formar bons lutadores pela saúde (Sales, 1999)**

Todas as pessoas, pelo que fazem ou deixam de fazer, interferem no sentir/pensar/agir de outras pessoas. Por isso todas as pessoas são educadoras. É nesse sentido que se diz que toda relação é, necessariamente, uma relação pedagógica. Para o setor saúde, o papel dos pais, principalmente da mãe, é fundamental na formação do saber sanitário.

Algumas pessoas têm a função de educadoras. São as pessoas que por opção, ou por exigência do seu emprego, ou porque para tal foram eleitas, se dedicam à formação de outras pessoas nas escolas, igrejas, associações, cooperativas, sindicatos, partidos e nos serviços de saúde. São profissionais da educação. Para elas, o modo de condução do processo educativo deixa de ser intuitivo ou mercedor de poucas reflexões para se tornar um problema importante que precisa ser discutido e aperfeiçoado continuamente.

Outras pessoas, além de educadoras, são especialistas em educação. Nesta categoria está quem se dedica a conhecer a história, as teorias e as metodologias da educação, a articulação da dimensão educativa com os objetivos econômicos e políticos, os indicadores de eficácia da atuação educativa, os critérios de avaliação e reorientação da prática educativa e o que mais diga respeito à produção, transmissão, reprodução de saberes. Atuam, principalmente, assessorando outros educadores.

A reflexão educativa tem enfatizado muito a questão da transmissão de conhecimentos. Insiste bastante na dimensão intelectual da educação e dá pouca ênfase à sua dimensão afetiva e prática. Mas quem não sabe da influência do sentimento, paixões e afetos, sobre o pensar e o agir de todos nós? Quem não sabe igualmente da influência do pensar sobre o sentir e agir das pessoas? E não sabe como o agir cria e recria modos de sentir e pensar? O pensar, sentir e agir se combinam de forma particular em cada pessoa resultando ou em sabedoria ou em idiotice. Em um modo de atuar firme, tranqüilo e coerente ou em um modo de atuar confuso, incoerente e inseguro. É importante, portanto, ressaltar que a educação tem como objeto e instrumento o saber, o sentir, o pensar e o agir.

Educação é formação. É, portanto, bem mais que informação. É o aprofundamento (mas pode ser também a imbecilização) do sentir, pensar e agir.

Educação é a formação de pessoas mais sabidas. É a busca do equilíbrio e aprofundamento dos sentidos, das emoções, dos conhecimentos e da atuação. Ser mais sabido é bem mais do que ser mais erudito. Se é impossível ser sabido sem ter conhecimentos e informações, é bem possível ter muito conhecimento e não ter sabedoria. O indicador do resultado educativo que aqui se pretende não é, portanto, a erudição. É situar-se bem no

contexto de interesse. É usar armas adequadas nas lutas por objetivos econômicos, políticos, culturais, afetivos, religiosos e sanitários. É serenidade no modo de lutar.

Educação Popular é um modo especial de conduzir o processo educativo que tem uma perspectiva: a apuração, organização e aprofundamento do sentir, pensar e agir das diversas categorias de sujeitos e grupos oprimidos da sociedade, bem como de seus parceiros e aliados. Nela, a apuração, aprofundamento e organização do sentir, pensar e agir, é parte central da construção de uma sociedade solidária e justa através da superação das estruturas sociais que reproduzem a injustiça e a exclusão, onde as pessoas não serão encaradas mais como mercadorias que se compra ou rejeita.

Em síntese: a Educação Popular é a formação de pessoas mais sabidas e mais fortes para conseguir melhor retribuição à sua contribuição econômica, política e cultural; mais sabidas e mais fortes para serem tranquilas, sadias e felizes e para terem uma convivência construtiva e preservadora com o meio ambiente físico e humano.

A prática educativa que se contrapõe à prática da Educação Popular é a que formação de pessoas e trabalhadores submissos, dilacerados, sem auto-estima, sem altivez, inseguros e sem esperança. É a que prepara pessoas para explorar e dominar outras pessoas e a natureza em geral. É a prática educativa que ajuda os atuais detentores do poder político, econômico e cultural a serem mais espertos e sabidos nas suas relações de exploração e dominação.

Alguns teóricos, equivocadamente, chamam de Educação Popular a qualquer atuação educativa de órgãos governamentais ou civis, junto aos pobres, nos campos da alfabetização, habitação, saúde, transporte, segurança, organização comunitária, etc., mesmo que esta educação tenha a perspectiva de entorpecê-los e acomodá-los. Neste caso, na verdade, trata-se de uma educação antipopular ousada, por se realizar no próprio espaço físico do povo, contra os seus interesses. A palavra popular, presente no conceito de Educação Popular, refere-se, portanto, não ao público do processo educativo, mas à sua perspectiva política: estar a serviço da realização de todos os interesses dos oprimidos desta sociedade, na maioria das vezes pertencentes às classes populares, bem como de seus parceiros, aliados e amigos.

Há também teóricos que só consideram Educação Popular a prática educativa que acontece fora do espaço formal e institucional. É, entretanto, possível fazer Educação Popular nos espaços institucionais, sejam governamentais ou empresariais. É possível também fazer educação antipopular em espaços populares alternativos.

A Educação Popular, para formar pessoas mais sabidas e criar relações sociais mais justas, exige um modo específico de conduzir as ações educativas. Uma das exigências é deixar claro para os educandos os objetivos de cada ato educativo, para que eles, conhecendo

sua intencionalidade mais geral, possam ser críticos e se situar diante de cada um de seus passos.

Não é coerente com a perspectiva da Educação Popular quem não toma em consideração (para aprofundar num processo de intercâmbio de saberes) os conhecimentos, experiências, expectativas, inquietações, sonhos, ritmos, interesses e direitos das pessoas com que se esteja convivendo. Nesse sentido, é fundamental tomar em consideração marcas tão profundas como as de gênero, geração, etnia e religião.

Não é também coerente quem impõe objetivos, conteúdos, palavras de ordem e verdades. Neste ponto, a Educação Popular rompe com a tradição da educação política das esquerdas que investe principalmente na difusão para as massas das verdades da vanguarda iluminada que teria conseguido superar a ideologia burguesa que alienaria a maioria dos trabalhadores. E todas as técnicas e todas as dinâmicas que facilitam a aprendizagem são metodologias de Educação Popular se ajudarem os educandos a apurarem o que precisam e o que querem que seja aprofundado e se os auxiliarem a tomar gosto em se posicionar e lutar por seus interesses em todas as situações que lhes digam respeito. Neste sentido, a Educação Popular se preocupa menos com discussão das técnicas educativas e mais com o significado político para o grupo a que se destina.

Educação Popular não é veneração da cultura popular. Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por outro jeito de viver. Certamente não pretende formar pessoas mais sabidas quem tenta impor uma cultura pretensamente superior. Mas também é muito conservador quem, desejando preservar um modo popular idealizado de viver, deseja parar o mundo, privando as pessoas e grupos do contato com outras pessoas e grupos portadores de marcas biológicas e culturais diferentes e, por isso mesmo, enriquecedoras. Ao educador popular caberá o investimento na criação de espaços de elaboração das perplexidades e angústias advindas do contato intercultural, denunciando situações em que a diferença de poder entre os grupos e pessoas envolvidas transforme as trocas culturais em imposição.

Educação Popular é, portanto, um modo comprometido e participativo de conduzir o trabalho educativo orientado pela perspectiva de realização de todos os direitos do povo, ou seja, dos excluídos e dos que vivem ou viverão do trabalho, bem como dos seus parceiros e aliados. Nela investem os que crêem na força transformadora das palavras e dos gestos, não só na vida dos indivíduos, mas na organização global da sociedade.



## A educação popular: conceito que se define na práxis<sup>7</sup>

*Carlos Núñez Hurtado*

Conforme foi dito, precisamos deixar claro o que entendemos por educação popular, pois como tem sucedido historicamente, o termo – mais que a concepção - começa a ser aplicado como palavra de moda para referir-se a velhas fórmulas que têm sido "inventadas" e induzidas na América Latina por diversas tendências (e intenções).

Assim, temos que diferenciá-la da "educação não formal", isto é, de uma educação que rompe com os moldes rígidos da escola tradicional nos aspectos “formais”, mas que continua transmitindo com os mesmos enfoques e procedimentos, uma série de “conhecimentos” previamente esboçados e organizados por especialistas.

É a superação da "aula", porém dentro da mesma "escola" e quase sempre está ligada a programas oficiais. A relação “educador-educando” se mantém com todo o verticalismo do “professor-aluno”. Nesta categoria estão os programas de "educação à distância", "educação aberta", "cursos intensivos", etc.

Outro modelo que começa a ser chamado de educação popular (e certamente está mais próximo) é a chamada "educação de adultos"; isto é, educação dirigida a setores não atendidos (por motivo de idade) pelos dos programas estabelecidos no sistema educativo formal. O conteúdo desta educação gira muitas vezes sobre aspectos próprios da escola formal, porém não tem validade acadêmica oficial.

Na maioria das vezes, o conteúdo aborda temas relacionados com a vida familiar, social e da comunidade; assim, educação para a saúde, relações familiares, educação sexual, artesanatos, habilidades e ofícios são características deste tipo de programa.

Em muitos casos, os métodos de trabalho são altamente tradicionais e praticamente escolares. As academias paroquiais, os "centros de desenvolvimento comunitário do DIF"<sup>8</sup> e muitos outros semelhantes são mostras clássicas deste tipo de programas.

Em algumas ocasiões, e devido a esses espaços de "inserção" no mundo oficial ou internacional, alguns programas adquirem modalidades muito mais próximas a um autêntico trabalho popular, tanto em orientação e conteúdo, como em métodos e técnicas.

---

<sup>7</sup> Capítulo do livro de Carlos Núñez Hurtado. Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular. Petrópolis: Vozes, 1993. Tradução: Romualdo Dias, Departamento de Educação – UNESP.

<sup>8</sup> DIF: Desenvolvimento Integral da Família. Instituição assistencialista de alcance nacional com múltiplos programas tipicamente assistencialistas.

A maioria das experiências novas (oficiais ou privadas) deste tipo são novas pela relativa utilização de métodos e técnicas participativos e de certas ferramentas didáticas.

A ênfase no pedagógico e/ou didático faz muitos definirem seus programas como de educação popular, identificando o uso de audiovisuais, filmes, dinâmicas, etc., com as características essenciais da educação popular.

Todos estes enfoques e muitos outros semelhantes como o "extensionismo" são a nosso ver parciais, porquanto deixam de lado explicitamente a intencionalidade política do modelo educativo com que se trabalha. Muitas vezes, ainda que o setor "beneficiado" seja o povo, a orientação no conteúdo e na forma não responde a seus interesses enquanto classe.

E aqui está, para nós, a característica essencial da educação popular, pois, mesmo incorporando alguns dos elementos de outros modelos, sua definição está dada por sua concepção e compromisso de classe e por sua ligação orgânica com o movimento popular, definido em termos políticos (não necessariamente partidários).

Por isso, para nós a educação popular é um processo de formação capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo, das massas para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova de acordo com seus interesses.

Educação popular é o processo contínuo e sistemático que implica momentos de reflexão e estudo sobre a prática do grupo ou da organização; é o confronto da prática sistematizada com elementos de interpretação e informação que permitam levar tal prática consciente a novos da compreensão. É a teoria a partir da prática e não a teoria "sobre" a prática. Assim, uma prática de educação popular não é o mesmo que "dar" cursos de política para a base, nem fazer ler textos complicados, nem tirar os participantes por muito tempo de sua prática, para formá-los, sem tomar a própria realidade (e a prática transformadora sobre essa realidade) como fonte de reconhecimentos, como ponto de partida e de chegada permanente, percorrendo dialeticamente o caminho entre a prática e sua compreensão sistemática, histórica, global e científica sobre esta relação "entre teoria e prática". Assim os conhecimentos produzidos sobre outras práticas, os eventos formativos com tais, os materiais de apoio, o intercâmbio de experiências, etc., adquirem sua justa dimensão.

Devemos reiterar nossa posição e distanciá-la de qualquer critério "espontaneísta" ou "basista" onde tudo que o povo faz, somente ação – qualquer ação –, é válido ou verdadeiro. Isto não nega absolutamente o valor que a mesma prática tem como fato educativo em si, mas tenta situar o desafio que significa assumir tal prática com plena consciência e sentido histórico.

Nem acreditamos numa posição "vanguardista", em que poucos intelectuais, sem contato com o povo e seu processo, ditam as normas de verdade e as pautas a seguir.

Nem uma posição "basista" ou "espontaneísta" nem uma posição "vanguardista", mas uma autêntica práxis<sup>9</sup> sustenta, orienta e desenvolve uma verdadeira tarefa de educação popular, como a entendemos.

Isto não significa a mitificação de uma tarefa importante, como é a luta ideológica, em prejuízo de uma prática política que a acompanhe, sustente e fortaleça. Porém, essa prática política não pode ser assumida na forma tradicional, com métodos verticalistas e autoritários que a fazem caminhar à margem da realidade objetiva das massas e de sua pertinente análise e compreensão a nível ideológico.

O sentido de educar não é entendido como um fato escolar onde quem sabe (ainda que seja "sobre política") informa e "educa" quem não sabe; é pois um processo contínuo e sistemático de interação entre prática e teoria, impulsionado e acompanhado por aqueles companheiros que têm maior nível e capacidade de análise, reflexão e informação.

E este critério situa o popular em sua justa dimensão, visto que não se utiliza como sinônimo de "beneficiário", mas em função de seu caráter protagonista como classe.

Assim, educação popular não somente deve-se entender como "conscientizar" ou desenvolver a "consciência crítica", mas deve-se dar a este fato o sentido de "consciência solidária", e esta, em termos de "solidariedade de classe", que se torna prática transformadora na medida em que se converte em solidariedade organizada de classe.

Por isso, o desenvolvimento da consciência de classe não pode dar-se à margem ou por cima da prática transformadora da classe, que se torna tal ao ser coletiva, organizada e histórica. E é histórica na medida em que consegue teorizar sua prática, isto é, situá-la, interpretá-la e projetá-la dentro da perspectiva científica de transformação, de acordo com o projeto histórico da classe explorada em sua luta organizada.

---

<sup>9</sup> Os termos se vulgarizam e começam a ser utilizados com propriedade tanto por setores que partilham da posição ideológica ou da concepção teórica que os gera, como inclusive por aqueles que se situam em posições antagônicas; assim aconteceu com a famosa "conscientização", "mudança de estruturas" e muitos outros, como PRÁXIS, que hoje em dia muitos utilizam como um sinônimo "elegante e de moda" para falar da prática. Queremos entender por práxis a concepção que integra em uma unidade dinâmica e dialética a prática social e sua pertinente análise e compreensão teórica, a relação entre a prática, a ação e luta transformadora e a teoria que orienta e ajuda a conduzir a ação. É a unidade entre pensamento e ação que permite assumir conscientemente o papel histórico que cada homem está chamado a exercer.

## 1. Sobre a metodologia da educação popular

Uma concepção como esta supera certamente todas as outras enumeradas, por quanto não pode (como as demais) ficar reduzida simplesmente aos aspectos de conteúdo e/ou forma, mas implica necessariamente a síntese orgânica de ambos os aspectos que guardam, além de tudo, a necessária coerência com os objetivos que se desprendem de uma definição conceitual, que a situa como uma prática educativa ligada permanente ao que fazer do povo organizado e suas condições objetivas.

Em outras palavras, é necessário construir e desenvolver uma metodologia que, precisamente por ser tal, exija a relação lógica entre objetivos, conteúdos, métodos com que se pretende implementar o processo de geração e de apropriação dos conteúdos e, portanto, a geração de ações transformadoras tendentes á busca dos objetivos colocados.

Uma metodologia é, pois, a coerência com que se devem articular os objetivos a alcançar, os métodos ou procedimentos utilizados para isto e as técnicas ou instrumentos aplicados em relação ao marco teórico que dá origem aos objetivos buscados.

De fato, muitas vezes encontramos uma coerência metodológica em programas educativos que obedecem aos interesses do sistema dominante; por isso, os objetivos "normalizadores" de aprendizagem são implementados em conteúdos fortemente ideologizados que são "transmitidos" verticalmente - bancariamente - através de métodos de recepção passiva por parte dos educandos e mediante técnicas ou ferramentas com igual objetivo.

Por isso, os sistemas educativos (formais ou não) utilizados pelos setores dominantes funcionam eficientemente, pois não têm incongruências entre objetivos, conteúdos e formas; a "domesticação" funciona coerentemente.

Esta coerência sem dúvida não está tão presente em muitos programas de educação popular, que bem orientados (e melhor intencionados) desenvolvem conteúdos alheios à prática dos grupos; seus métodos são igualmente bancários (ainda que os conteúdos sejam revolucionários) e as técnicas utilizadas são a tradicional "aula", a palestra, o discurso, etc.; isto é, técnicas de transmissão de conteúdos. Em outras ocasiões, esquemas como o anterior pretendem rapidamente "renovar-se" mediante a aplicação de alguns instrumentos ou técnicas próprias da educação popular (dinâmicas, audiovisuais, etc.) sem modificar, na realidade, nada de substancial, uma vez que a técnica não é a educação.

Por isto vale sublinhar aqui que a ligação entre proposta metodológica coerente e definição política do programa (explica ou não) é algo verdadeiramente substancial na educação popular.

Por isso, é necessário ir mais a fundo e estabelecer a relação coerente entre uma concepção de educação popular como a que temos assinalado e a metodologia condutora.

Para nós, somente através de uma metodologia dialética se pode conseguir tal relação, pois somente baseando-se na teoria dialética do conhecimento se pode conseguir que o processo "ação-reflexão-ação" "prática-teoria prática" dos grupos populares - do movimento popular - conduza à apropriação consciente de sua prática, transformando-a permanentemente para a conquista de uma nova sociedade.

Para que os programas de educação popular que se definem como tais produzem mudanças e gerem ações coerentes com os objetivos políticos colocados pela organização responsável do programa, é necessário adotar um posicionamento metodológico que lhe dê coerência interna e uma concepção dialética que lhe dê coerência política.

Assim, pois, uma "metodologia dialética" é o caminho adequado que nos permite ter como "ponto de partida" do processo a prática real da organização transformando sua realidade; este partir da prática será levado sistematicamente a novos níveis de compreensão, isto é, a processos de abstração da mesma realidade que nos permita compreendê-la, de maneira diferente, em sua complexidade histórica e estrutural, para então projetar as novas ações transformadoras de uma maneira mais consciente e, sobretudo, de acordo com uma teoria que nos ajude a conhecer as leis históricas, permitindo-nos avançar mais adequadamente dentro de uma visão estratégica, que situa e supera um mero ativismo, uma posição meramente "reivindicalista" que muitas vezes, sendo ações táticas, se confundem como se fossem estratégicas.

Mas vamos nos deter um pouco mais nestes pontos. Que significa "partir da prática"? É o mesmo partir da realidade? Qual é o peso dos aspectos subjetivos que incidem em toda a prática social?

## **2. O ponto de partida**

Na realidade, o "ponto de partida", a nosso ver, se constitui da combinação de um tríptico diagnóstico: por um lado, o reconhecimento sistemático da realidade objetiva, contextual, na que o grupo ou organização vive, atua e/ou realiza sua ação.

Esta realidade abarca desde o âmbito mais imediato, mais próximo e mais "vivido", até aspectos que a afetam, porém que não são talvez percebidos em uma primeira fase; são aspectos da realidade, que independentemente do agir do grupo influenciam sobre o mesmo.

Obter um diagnóstico, isto é, um reconhecimento objetivo e sistemático, produz um primeiro distanciamento da mesma realidade tantas vezes vivida e sofrida, porém talvez nunca vista objetivamente.

O caso de uma organização de bairro que autodiagnostica as condições objetivas de seu habitat<sup>10</sup> é exemplo claro deste primeiro diagnóstico, em sua dimensão mais simples.

O aprofundamento desse contorno (novos dados, mais informações) e a extensão da análise (problemática da região, da cidade) para voltar a aprofundar (problemática urbana como tal), São exemplos deste agir no primeiro pilar do ponto de partida: a realidade.

Porém essa realidade não existe, como tal, alheia ao homem e á sociedade; é o agir individual, grupal, coletivo, consciente e intencionado - e em todos os níveis - o que cria, modifica, e transforma constantemente a mesma realidade. A isto chamamos “prática social”.

Ambos os elementos: condições materiais e sociais e o agir do homem nelas, por elas e para elas, se relacionam dialeticamente.

Analisar as ações, espontâneas ou organizadas, que o grupo realiza para transformar seu meio e o sistema em geral é um segundo diagnóstico que faz parte do “ponto de partida”, conforme nossa concepção metodológica dialética.

Por último, este agir, consciente e intencionado, ou inconsciente ou menos intencionado e espontâneo, obedece de fato a uma interpretação de realidade social e a uma intenção frente a ela.

Produto da história e circunstância pessoal e social, por sua vez conformada com as leis históricas e interpretação ideológicas sobre as mesmas, cada pessoa a cada grupo ou organização terão razão para atuar de uma ou de outra maneira, para dirigir suas ações em determinado rumo ou, inclusive, para “não atuar”, pretendendo alguns assumir uma “neutralidade” obviamente inexistente.

Esta consciência (ingênuo, crítica, desenvolvida e formada, etc.) é o terceiro nível do autodiagnóstico inicial, que conforma o ponto de partida metodológico, e é de vital importância sua explicação, porquanto somente no reconhecimento crítico e consciente do porquê de nosso agir, encontraremos explicação e motivo para seguir conhecendo e atuando, isto é, educando-nos.

---

<sup>10</sup> Por habitat entendemos a presença e relação que se estabelece entre o homem e todos os elementos que condicionam sua forma de residência ou de vida em um lugar determinado. Esses elementos podem ser materiais, como moradia, infraestrutura (ruas, água, drenagens, aterros, etc.), serviços públicos (coleta de lixo, transporte, recreação, educação, etc.); sociais, culturais, econômicos, ou políticos. O habitat de uma organização de bairro é seu próprio contorno e seu próprio contexto.

Esta "consciência" da realidade do agir sobre ela é sempre uma combinação de aspectos objetivos (fatos situações e circunstâncias que se conhecem) com aspectos subjetivos (interpretações, emoções, sentimentos e atitudes), que sobre esses aspectos objetivos se tem.

Em síntese, o ponto de partida nesta proposta metodológica é buscar o autodiagnóstico da organização ou grupo na realidade objetiva em que se encontra; das ações que nessa realidade se realiza com o objetivo de transformá-la; e do nível de consciência – interpretação que se tem sobre a realidade e suas ações. E nesta interpretação não só influenciarão aspectos objetivos, mas também toda a carga subjetiva (conotativa) que de fato se tem.

Este tríptico diagnóstico é, a nosso ver, a aproximação adequada ao pressuposto dialético que se formula como "partir da prática" ou "partir da realidade" ou mais simplesmente prática-teoria-prática.

É claro que esta proposta aparece muito complexa, pois cabe a pergunta: como consegui-la? É preciso levar em conta que deve ser de uma forma simples, ordenada, assistemática e sempre de acordo com as condições e características do grupo com que se está trabalhando, e dos objetivos que se quer alcançar.

Por isso, o educador deverá decidir taticamente qual deverá ser o "ponto de entrada", isto é, a forma específica, o aspecto inicial com o qual desencadeará o processo de educação. Em algumas circunstâncias será conveniente iniciar com o diagnóstico da realidade; em alguma outra, pelo contrário, talvez convenha autodiagnosticar inicialmente a interpretação sobre fatos sucedidos de grande importância; é provável que devam manejar aspectos combinados, etc., etc.

Em uma palavra, o fundamental será o quê (ponto de partida tríptico), e o circunstancial (ainda que muito Importante pedagogicamente falando) será o como (ponto de entrada e forma de alcançá-lo).

### **3. Teorização**

Este processo, ao qualificar-se assim, se converte, desde o ponto de partida, num processo de teorização, a partir da prática, onde o método se converte no articulador dialético entre a teoria que o fundamenta e a realidade que se pretende conhecer.

O resultado inicial do autodiagnóstico (tríplice ponto de partida) constitui de fato um novo nível de conhecimento e interpretação sobre seu ponto de partida.

É um primeiro distanciamento crítico sobre sua realidade e seu agir; é um avanço no nível de consciência e interpretação; constitui um passo para a globalização e consciência de

pertencer à classe e à história, elementos todos constitutivos (junto com outros que aprofundaremos) do que entendemos por teorizar.

Em outras palavras, consideramos importante insistir que, ainda que o ponto de partida não possa oferecer um conhecimento da realidade e de suas leis a um nível de informação e interpretação verdadeiramente teórico, se constitui, a nosso ver, no primeiro (e talvez elementar) passo do espiral dialético; é pois o início do processo de teorização e isto é justamente o que nos permite teorizar a partir da prática, e não "sobre" ela.

Por isso, este nível de compreensão da realidade nos permite justamente avançar e elevar a novos níveis de compreensão, sem distanciar-nos nunca da própria realidade. Desta maneira, não voltamos ao mesmo ponto de partida - que nos levaria a ficar presos num círculo fechado - mas geramos uma verdadeira "espiral" que, sem distanciar-se de seu referente, avança e se enriquece permanentemente e progressivamente com o conhecimento e a compreensão cada vez mais complexa do ponto de partida.

Isto implicará (e tem que propiciá-lo, ainda que seja normal que se dê) a construção de conceitos operativos que venham a constituir instrumentos de interpretação e síntese dos níveis de análise obtidos.

Não é necessário, como alguns ortodoxos o interpretam, que de entrada o grupo "aprenda" os conceitos clássicos. Os conceitos operativos que o grupo ou organização vão construindo respondem ao seu nível de consciência, isto é, de conhecimento e interpretação; estão relacionados com seu grau de desenvolvimento e com seu universo cultural e, sobretudo, são a ponte segura e a chave apropriada para ascender dialeticamente a novos níveis de interpretação e, portanto, a novas formulações conceituais, que respondam a níveis de sínteses mais complexos. Os conceitos operativos representam categorias de análise que o grupo já maneja e domina.

Assim, podemos afirmar que "teorizar um processo de aprofundamento ascendente, isto é, um processo de acumulação e avanço quantitativo e qualitativo no conhecimento da realidade e a partir da mesma realidade, mediante ações sistemáticas de reconhecimento, abstração, análise e síntese, que levam, mediante a construção e apropriação de conceitos, ao conhecimento e apropriação de um modelo científico de interpretação da realidade e de suas leis históricas".

Este processo dialético implica também conhecer, estudar, interpretar e aplicar à circunstância histórica e conjuntural as contribuições de outras experiências, e de outros pensadores que tenham conseguido sistematizar, abstrair e formular teoricamente.



Não se deve pensar que o processo de conhecimento possa chegar a níveis profundos a partir da própria experiência. A contribuição da teoria é, portanto, parte essencial do processo de educação-ação, pois nem todo conhecimento e experiência estão no fato de pertencer ao grupo ou organização. E este é um dos papéis do coordenador.

Por isto insistimos: não basta somente um processo de análise progressiva da realidade imediata, que nos daria uma visão funcionalista da sociedade; é necessário compreendê-la histórica e estruturalmente, para situar-se em suas lutas, dentro de complexo dinamismo.

Assim, a dimensão política da educação popular (assinalada na formulação de parágrafos anteriores) encontra sua validade, "já que (a educação popular) não busca conhecer ou contemplar a realidade social a partir de fora, mas pretende decifrar de dentro do movimento histórico o sentido mesmo da história, intervindo ativa e conscientemente em sua transformação, fazendo da atividade das massas uma atividade revolucionária, isto é, uma atividade teórico-prática".

Paulo Freire, na 3ª Carta a Guiné Bissau, de 5 de janeiro de 1976, assinala (referindo-se às implicações que a teoria do conhecimento, sustentadora de um posicionamento metodológico dialético, tem): "O que conhecer, como conhecer, para que conhecer, em favor de que e de quem conhecer – e por conseguinte, contra que e contra quem conhecer – são questões teórico-práticas e não intelectualistas, que nos são apresentadas pela educação enquanto ato de conhecimento".

É claro, pois, que teorizar não é um fato intelectual isolado da prática, e que justamente ao constituir-se em um momento de abstração sobre a realidade e a prática organizada das massas, permite orientar e definir; em resumo, responder politicamente às perguntas formuladas por Freire.

Assim se define seu caráter de classe e sua dimensão política: a prática e a teoria como elementos inter-relacionados no processo histórico de libertação.

Acreditamos que complementa esta visão, sobre o que é teorizar, a contribuição que Oscar Jara apresenta em sua palestra Consciência de classe e método dialético, apresentada no México em 1982, pelo que transcrevemos a seguir:

"Porém teorizar não significa qualquer tipo de reflexão, em primeiro lugar, realizar um processo ordenado de abstração, que permita passar da aparência exterior dos fatos particulares a suas causas internas - estruturais e históricas – para podermos explicar sua razão de ser, seu sentido, Este processo de abstração não pode ser, portanto, imediato nem espontâneo, mas deve fazer-se através de aproximações sucessivas, o que implica seguir necessariamente um percurso ordenado de análise e síntese, para torná-lo coerente".

“Em segundo lugar, significa chegar a adquirir uma visão totalizadora da realidade, em que cada elemento dela seja captado em sua articulação dinâmica e coerente como o conjunto: essa unidade complexa e contraditória constitui a realidade concreta. (Inter-relação dialética entre os fatores econômicos, políticos e ideológicos, historicamente determinados.) Trata-se, pois, de perceber e entender cada fenômeno particular dentro do movimento que o relaciona com a totalidade social em um momento histórico concreto”.

“Em terceiro lugar, deve permitir obter uma visão crítica e criadora da prática social. Isto é, adquirir uma atitude de questionamento sobre o processo causal dos fatos e sua dinâmica interna, que leva a aprofundar, ampliar e atualizar constantemente o conhecimento que se tem sobre eles. Isto significa, por sua vez, uma exigência de permanente impulso sobre a capacidade criadora e a reelaboração dos elementos de interpretação teórica, para adequá-los às novas circunstâncias, e orientar, portanto, de maneira efetiva e realista, a nova ação sobre elas. O conhecimento teórico, dentro desta dinâmica, deixa de ser uma mera "compreensão" do que acontece, para converter-se em um instrumento ativo de crítica, nas mãos das classes populares, que permitirá dirigir a história para o que deve acontecer, de acordo com os seus interesses”.

“Em quarto lugar, este processo de formação teórico-prática deve levar amplos setores das massas populares a adquirir a capacidade de pensar por si mesmas. Desta maneira poderão assumir convicções próprias e não estarão simplesmente esperando de outros a "correta" interpretação dos acontecimentos, para aceitá-los passiva e democraticamente. Esta própria convicção, racional e firme será a base real sobre a qual poderá assentar-se uma vontade política que impulse organicamente as ações de classe mais além de uma pura emotividade irreflexiva. Isto é, uma autêntica mística de classe capaz de comprometer todas as energias vitais - e inclusive a vida mesma - na construção de uma nova sociedade, a qual não poderá fazer-se efetiva senão como produto de uma "criação heróica" das classes populares. Porque ‘nenhuma grande obra humana é possível sem o envolvimento levado até ao sacrifício dos homens que a implementam’”.

“Este processo pode e deve ir se aprofundando ao ritmo do próprio grupo e suas ações”.

“O aprofundamento de fato ampliará o panorama, provocando "ramificações" de relações nos fenômenos estudados, tanto de caráter estrutural como histórico”.

“Por isso, é indispensável em nosso ponto de vista, para poder desenvolver este processo, manejar um modelo científico de interpretação, ainda que no princípio possa ser

imperfeito e talvez elementar, contenha a visão de conjunto, de sistema, que permita a "acumulação" profunda, quantitativa e qualitativamente.

“Neste processo de teorização, não pode, não deve ficar fora um elemento fundamental: a forma natural com que o grupo vai expressando o que entende (e o que não entende, também). Porque teorizar não é fazer repetir termos "teóricos", por mais consagrados pela ortodoxia e por mais exatos que nos pareçam. A sabedoria popular, sua sensibilidade e seu engenho, são capazes de ir dando tradução - com uma sadia condução pedagógica - desde seu próprio universo vocabular, a todo esse outro mundo de termos "estranhos". Porém, mais que aos termos, ao conteúdo essencial dos mesmos. E aí está o grupo fazendo sua própria teoria e sua própria construção de conceitos”.

“Em último lugar, trata-se de incorporar na fase de teorização o elemento cultural no qual deve estar apoiado todo o processo educativo, comunicacional e organizativo”.

#### **4. Volta à Prática**

"Voltar à prática" constitui um regresso ao ponto de partida, porém não entendido no sentido original do qual se partiu, pois isto significaria a anulação do movimento dialético.

O processo de reflexão teórica sobre o ponto de partida deve provocar nosso avanço em termos não só intelectuais, mas na qualidade racional, organizativa e política das ações transformadoras da mesma realidade da qual se partiu.

Não se trata pois de um voltar mecanicamente, mas de avançar dinâmica e criativamente, embora sem distanciarmos nunca de nossa própria realidade.

Por outro lado, não se deve entender a volta à prática como um fato "final" do processo de educação; não se deve pensar que até que se tenha feito todo o processo teórico, levado ao máximo de aprofundamento possível, não se está "capacitado" para voltar à prática. Esta formulação romperia de novo com a essência do posicionamento dialético e com a teoria do conhecimento que o sustenta, pois não se estaria sendo coerente com a afirmação que sustenta que a prática é a fonte de conhecimentos e o critério de sua verdade; de fato não se estaria verdadeiramente teorizando, conforme entendemos, mas especulando com conceitos vazios e alheios à prática.

Devemos distinguir e clarear algo que já foi assinalado. O processo educativo não é sempre nem necessariamente sinônimo de um "evento educativo".

Quando estamos falando de uma organização ou grupo popular, estamos partindo do fato de que tal grupo realiza uma prática social. Essa prática, sua compreensão e seu melhoramento em termos racionais e políticos, é o verdadeiro objetivo do processo educativo;

e se para consegui-lo é necessário realizar ou convém realizar eventos educativos (cursos, seminários, oficinas, etc.), isso não deve significar que o objetivo a alcançar seja que os participantes do evento reproduzam o mesmo, mas que melhorem coletivamente sua prática sociopolítica; se para isto há necessidade de reproduzir o evento, é circunstancial.

O importante é apropriar-se da realidade e da prática transformadora, de uma maneira consciente, crítica e criativa.

No caso dos processos de capacitação de "capacitadores", ou seja, educadores populares, é evidente que a volta à prática durante seu processo de capacitação deveria traduzir-se num esboço de programas sistemáticos de educação com as bases.

Porém, entendendo por educação o fato de que estas bases organizadas deverão iniciar um processo de análise de suas tarefas tendo como ponto de partida sua própria realidade e prática, e considerando que o fato educativo é o momento (intensivo ou periódico) privilegiado de reflexão sistemática sobre sua prática, que é - como já assinalamos - um fato educativo em si mesmo, estamos nos referindo sempre a um agir consciente.

Portanto, não só se deve entender a volta à prática como ter a capacidade de dar treinamentos ou cursos, mas também de apoiar e coordenar, metodologicamente falando, o processo de prática-teoria-prática da organização. É a aplicação da metodologia dialética ao trabalho direto de base, e não somente a tarefas de capacitação como tais.

## Os desafios para o SUS e a educação popular

Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde

*Eduardo Navarro Stotz*

Sabemos que, embora toda ação humana seja intencional, não se logra alcançar a consciência da totalidade dos sentidos que nela estão implícitos. Assim, ao pensar no título da presente conferência, tive a preocupação em situar-me, sem ter a pretensão de que, ainda mais numa época de fragmentação social como a que vivemos, pudesse expressar até mesmo a consciência possível do problema que pretendia examinar: analisar as dificuldades e contradições do Sistema Único de Saúde no atendimento das necessidades de saúde da população. Quis também aproveitar a oportunidade para mostrar que a Educação Popular em Saúde tem contribuições a oferecer para essa análise.

Então me deparei com a questão de escolher o título da conferência. Desafios do ou para o SUS? A escolha da preposição “de” ou “para” que aparentava ser uma questão de retórica, era na verdade uma questão substantiva, pois importava na definição dos sujeitos coletivos capazes de formular desafios. Assim, quando se fala dos dilemas “do” SUS, se fala do Governo, instância que deve regular o sistema de saúde, e dos subsistemas estatal, privado e filantrópico que o compõem, organizado, em termos de financiamento e atribuídos, segundo a diretriz da descentralização. Os sujeitos aqui são entes estatais ou privados, de caráter público.

Ao escolher a preposição “para”, passei a fazer referência a outros sujeitos. Que outros sujeitos são estes? São aqueles que têm necessidades de saúde não satisfeitas, isto é, a população trabalhadora de uma determinada sociedade nacional chamada Brasil, uma sociedade caracterizada por desigualdades regionais e sociais profundas. Contudo, se os sujeitos de necessidades são a maioria da população trabalhadora, há uma parcela significativa dos trabalhadores urbanos – os empregados das maiores empresas – que se excluiu ou participe simultaneamente do sistema público e privado autônomo. Voltaremos ao assunto mais adiante. Por enquanto, é importante registrar esse fato, uma vez que está na base da constituição dos sujeitos coletivos que se defrontam com as limitações e contradições do SUS. As centrais sindicais – CUT, Força Sindical, etc – estão praticamente à margem da participação, enquanto outros sujeitos, com organização local de base mais frágil, a exemplo das associações de moradores, atuam no controle social do SUS.

1. Mas o que estamos querendo dizer quando falamos em necessidades de saúde? Seria (Donabedian, 1973) simplesmente uma condição que requer um serviço. Há, nesta definição, a suposição de que, nem sempre, as pessoas podem assegurar, por si mesmas, um estado saudável. Porque, sabemos, a situação sócio-econômica, as identidades de gênero, etnia ou de raça condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa. Quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade, quanto mais esta desigualdade for sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população.

É claro que assumir a perspectiva das necessidades de saúde implica adotar, implícita ou explicitamente uma noção de saúde. A saúde é comumente vista pelas diversas disciplinas científicas deste campo como uma finalidade, isto é, como uma pauta a ser realizada, pressupondo-se uma definição prévia sobre normal e normalidade. Falar em necessidades de saúde significa admitir a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. De onde vem esta compreensão? Vem da Organização Mundial de Saúde. A definição da OMS da saúde como um estado de bem estar físico, psíquico e social dos indivíduos – apesar das críticas da Epidemiologia Social e da Saúde Coletiva a respeito de sua formulação idealista e viés liberaldemocrático – era expressão de um imaginário coletivo em busca de uma sociedade de bemestar social, uma vez que qualquer indivíduo, independente de cor, situação sócio-econômica, religião, credo político, devia ter saúde e, para tanto, a sociedade tinha a obrigação de mobilizar seus recursos para promovê-la e preservá-la. Havia um pacto social a sustentar estas pretensões, a colaboração dos trabalhadores assalariados com os capitalistas numa economia em expansão na qual a alta produtividade do trabalho era o suporte de quaisquer benefícios sociais.

Entretanto, desde meados dos anos 80, em consequência da precarização dos vínculos no mercado formal de trabalho e do enfraquecimento dos estados nacionais, principalmente na periferia do sistema capitalista, ao lado da ênfase no papel dos indivíduos em prover uma vida mais saudável, a concepção de saúde adquiriu crescentemente o sentido de um projeto que remete aos usos sociais do corpo e da mente. Do ponto de vista histórico, passamos a viver numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual. Neste projeto admite-se a impossibilidade de uma plenitude, deixando patente que os indivíduos devem conviver, de acordo com a sua posição social, seus pertencimentos de gênero, etnia ou raça, ou seja, suas diferenças, com diversos graus de sofrimento, incapacidade ou mesmo de doença. A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de

ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos.

Esta noção de saúde é a expressão ideológica do liberalismo. A saúde tem de ser um *quid pro quo*, um valor de troca ou um bem mercantilizável, o que implica a derrogação dos processos estatais de proteção ou de recuperação de caráter universal. O paradoxo da época em que vivemos é exatamente deixar para o âmbito da proteção estatal – sob a forma de políticas focalizadas – a situação especial dos grupos que vivem nos limites da marginalidade social, estruturalmente incapazes de prover sua própria subsistência numa sociedade de mercado. E isto, vale lembrar, tomou o nome de equidade em saúde. Voltaremos ao assunto mais adiante.

Na medida em que esse cenário se tornou real – do ponto de vista material e/ou simbólico – nas diferentes sociedades nacionais, os sinais de que as possibilidades de vida estão interrompidas ou perturbadas passaram a ser também ignorados ou reprimidos.

Fato é que, em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não ser sentidas e, estas, por sua vez, ser expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isto, sejam sentidas. Em resumo: estamos lidando com o que San-Martín (1989) denominou de dialética da satisfação das de saúde. Com isto, ele quis demonstrar tanto as múltiplas perspectivas a partir das quais o problema precisa ser situado, como para a própria complexidade da definição das necessidades de saúde.

Necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita apenas socialmente, é o sinal de seu reconhecimento. É o sistema de atenção quem supera o critério auto-referido do sofrimento, ao usar critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos), mas com isso acaba-se por privilegiar alguns grupos sociais em detrimento de outro.

A questão é complexa porque, numa sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um ponto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. Mas então se está falando de um sistema de atenção médica, da

assistência à doença e políticas de saúde com este caráter via de regra legitimam a ordem social capitalista (Navarro, 1983).

Decorre daí que necessidades de saúde de grupos da população podem ser ignoradas, ocultadas ou reprimidas. Exemplo disso é a exposição dos trabalhadores a riscos que escapam de qualquer controle público do ponto de vista da saúde, riscos inclusive não admitidos como fatores determinantes de doenças profissionais.

Há também o risco de definir necessidades “por sobre a vida” das pessoas de diferentes grupos sociais, o que pode acontecer ao se definir “necessidades básicas” do ponto de vista técnico, a exemplo da necessidade de uso de preservativos entre jovens com intuito de prevenir infecção por DST/AIDS quando está em questão o direito de reprodução. O tema das necessidades de saúde do ponto de vista programático foi alvo de uma discussão conceitual acerca das referências para se pensar modelos assistenciais à saúde, principalmente por parte de Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996).

A medicalização das necessidades de saúde constitui outro problema bastante comum, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento do desemprego, da miséria social e da violência, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça.

Basear a organização de um sistema de saúde na dialética da satisfação das necessidades é admitir que estas necessidades são construídas e que esta construção se faça com base não apenas na multiplicidade dos atores, mas igualmente nos milhares itinerários terapêuticos das pessoas comuns em busca de alívio para o seu sofrimento e tratamento para suas doenças e incapacidades. Por isto mesmo, a organização de um sistema de saúde com base nas necessidades de saúde expressa o ponto de vista de uma proteção universal da saúde, sob o pressuposto do bem-estar social.

2. Quando analisamos a situação brasileira verificamos que, ao lado das limitações apontadas, persiste o problema histórico da limitada cobertura dos serviços de saúde. A atenção à saúde da população continua sendo operacionalizada através de um sistema segmentado e desarticulado: a população coberta pelo SUS, ainda que tenha aumentado muito desde 1996, não tem a universalidade pretendida.

As estimativas são, aliás, alvo de polêmica (Silva, 2003) porque para alguns, o SUS estaria atendendo o diferencial da clientela da medicina supletiva; assim, subtraindo-se do total da população brasileira a estimativa de 45 milhões de usuários, chegar-se-ia a uma



atenção exclusiva de 114, 6 milhões de pessoas. Contudo, uma parte ponderável da população, algo em torno de 10%, ou 16 milhões de pessoas, estaria à margem de qualquer atendimento. Apesar da estimativa de que 99 milhões de pessoas estariam cobertas pelos serviços do SUS, uma pesquisa do IBOPE feita por encomenda do CONASS e da FNS, com base numa amostra de 2.000 pessoas de idade igual ou superior a 16 anos, mostrou que apenas 38% faz uso exclusivo destes serviços, enquanto 20% o fazia de forma freqüente e outros 22% de modo eventual; somente 15% se declarou não usuária do SUS.

Um dos aspectos a ser ressaltado aqui diz respeito à auto-exclusão do SUS e, em contrapartida, à inclusão, dos empregados das empresas estatais e privadas de grande porte, no setor de medicina suplementar ou privado autônomo ao SUS que opera por meio de diversas modalidades (planos de saúde contratados por indivíduos ou empresas, medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras de saúde e planos de auto-gestão) com uma cobertura estimada de 45 milhões de pessoas (Silva, 2003). Mas inclusive aí se observa o uso simultâneo dos serviços públicos e privados, especialmente porque os usuários da medicina privada autônoma utilizam a rede pública para ter acesso a itens não cobertos (medicamentos, clínicas especializadas e emergência) devido ao seu alto custo (Stotz, 2003).

Estudo de acesso aos serviços feito por Cláudia Travassos e outros (Travassos, Fernandes e Peres, apud Silva, 2003) aponta para o fato de que as taxas de utilização dos serviços para a população com restrição de atividades aumentaram em todo o país, entre 1989 e 1997: passaram de 46,39% no Nordeste, e de 66,02% no Sudeste, para 59,57% e 69,54% respectivamente. A desigualdade no acesso diminuiu bastante, especialmente no nordeste. Creio que isso se deve, fundamentalmente, à universalização da cobertura dos serviços básicos de saúde, tal como implementados por meio do Programa de Saúde da Família a partir de 1996.

Apesar da desigualdade regional ter diminuído, o percentual da população com necessidades de saúde que não tem acesso ainda é muito grande. E, pior ainda, ao se analisar as oportunidades de acesso – segundo o critério de renda – constata-se que, apesar da melhoria regional em favor do Nordeste, os mais pobres ainda têm menos oportunidade de acesso do que os mais ricos. Enquanto em 1989 era de 52%, oito anos mais tarde o diferencial baixou para 37%. A importância do PSF na configuração destes resultados pode ser visto também no fato de que a população no Nordeste usa mais postos e centros de saúde, em comparação com a maior participação de clínicas e consultórios privados no Sudeste.

Podemos afirmar, então, para retomar o título da nossa conferência, que os desafios para o SUS têm sido, até aqui, aqueles postos à legitimação de uma ordem social capitalista

periférica. Cabe falar aqui de uma legitimação precária da ordem social, uma vez que o sistema não consegue sequer garantir o acesso universal. Esta situação favorece, aliás, a adoção de medidas focalizadas orientadas para os grupos sociais mais pobres. Em outros termos, o déficit de legitimação tende a se resolver mediante um controle sanitário estrito, a exemplo dos Tratamentos Diretamente Observados para o controle da tuberculose e agora da hanseníase (SES- R. J. 2003).

Vivemos o paradoxo do direito à saúde ser um direito social, definido em termos do princípio da solidariedade social que, como diz o artigo 196 da Constituição, exige políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, enquanto o sistema organizado para garantir este direito responde (precariedade, com baixa resolutividade) à doença no plano individual.

Sem perder de vista que o acesso universal é um problema fundamental que precisa ser resolvido, que contribuições a Educação Popular pode oferecer?

3. A Educação Popular em Saúde atualmente é parte de um movimento mais amplo, seria mais correto falar que é patrimônio comum de pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular em Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orientasse por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas.

Em decorrência, a Educação Popular em Saúde precisa considerar as dificuldades da assistência médica organizada publicamente no SUS em cumprir adequadamente o papel de legitimação da ordem não para resolvê-las nesta perspectiva e sim para repensar a saúde e o sistema de atenção à saúde numa perspectiva mais libertadora. Mas não estou propondo “reinventar a roda”. Há um conjunto importante de reflexões a resgatar que são, ao mesmo tempo, vertentes do movimento da Reforma Sanitária, e correntes de pensamento no campo científico da Saúde Coletiva.

Quero valer-me, inicialmente, do texto de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Fumie Matsumoto que, em 2002, atualizou a discussão sobre o tema. Os autores propõem que se pensem as necessidades do ponto de vista de “boas condições de vida”, “garantia de acesso

a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”, a “ter vínculo com um profissional ou equipe” e “de autonomia e autocuidado”.

Para os autores, as necessidades de autonomia são mais trabalhadas no campo da Educação em saúde. Contudo, gostaria de chamar atenção para um olhar mais amplo e crítico que a Educação Popular pode oferecer, capaz de abranger as dimensões da complexa dialética da satisfação das necessidades de saúde da população.

Vou tomar como fio de condutor da reflexão a necessidade de saúde consistente em “ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde”. Vou examinar este aspecto ao analisar um documento escrito por Gilson Carvalho, “Desafios da saúde para o próximo governo do Brasil”. Neste documento ele nos convida, por assim dizer, à ousadia de se fazer cumprir a lei, com o objetivo de deixar patente a perspectiva neoliberal que governou o setor até o momento. O abandono da tarefa de elaborar um Plano Nacional de Saúde, a adoção de programas de financiamento baseados em critérios de produtividade, a segmentação entre os níveis de atenção à saúde, o clientelismo subjacente em programas com expressão campanhista (catarata, prevenção do câncer, etc.), o desrespeito ao Conselho Nacional de Saúde, foram outros tantos aspectos que favoreceram, na prática, uma contra-reforma na saúde.

Mas interessa-nos ressaltar, para os propósitos desta conferência, a crítica que o autor faz à visão de que programas como o Saúde da Família possam mudar “a essência da atenção à saúde através da modificação da relação (re-humanização) e da assunção da integralidade (reintegralização)”, uma vez que “estes eixos devem perpassar todos os serviços de saúde, todos os seus programas desde a mais simples aos de mais alta complexidade”.

Outro aspecto a ser ressaltado no texto de Gilson Carvalho é a observação de que as ações básicas estão estruturalmente segmentadas do resto do sistema. E, ao se perguntar “com que intenções? interesses? Sob que pressões?”, ele já deixa implícito que não se deve analisar o sistema como uma entidade, mas como uma complexa rede de interesses que, muitas vezes, se opõem.

No documento “Diretrizes sobre a reformulação dos modos de gestão e de atenção à saúde – o papel do Ministério da Saúde”, elaborado este ano, há uma passagem na qual se afirma que o SUS é uma rede, um sistema dentro do qual cabe ao Ministério assegurar o interesse da produção da saúde e da consolidação do SUS. Fala-se em interesse, mas se estamos falando em interesses sociais, então falamos em relações de força no setor saúde. O documento não faz, porém, uma análise da conjuntura do setor, não se propõe a responder à pergunta como se encontra distribuído o poder do ponto de vista institucional?

Se analisarmos o sistema de saúde do ponto de vista que aqui a que me propus, isto é, da necessidade dos pacientes estabelecer um vínculo com um profissional (ou equipe) de saúde e entendermos que a própria eficácia do serviço depende da qualidade desse vínculo, nos deparamos com o problema da segmentação entre os dois sistemas. Devemos perguntar-nos: por que isso ocorre?

Há muitos anos sabemos, baseados em reflexões como a de Madel Luz, que há interesses privados estruturalmente constituídos abrigados nos níveis de alta e média complexidade do sistema. De que esses interesses, preservados sob a forma de contrato ou convênio, afirmam-se com base nos pressupostos da autonomia do trabalho em saúde, centralmente dos médicos, razão de incansáveis dores de cabeça dos gestores para assegurar qualidade da atenção à saúde da população.

Veja-se como o Relatório Final da 11a. Conferência Nacional de Saúde refere-se ao problema da oferta de serviços de alta e média complexidade:

Geralmente centralizados nas grandes cidades, esses serviços são insuficientes e de qualidade questionável. Há grande privilégio ao setor privado na produção de serviços, inclusive com benefícios fiscais. (...) O poder público alimenta interesses conflitantes com a organização do Sistema ao investir em determinadas especialidades que lhe asseguram maior visibilidade política. Muitos municípios, mesmo os em gestão plena, não têm controle sobre os conflitos entre interesses do mercado e interesses da população. (Conferência Nacional de Saúde, 2000).

A segmentação e a desarticulação do SUS favorecem esses interesses e, ao mesmo tempo, comprometem o que, na terminologia dos técnicos, é denominado de equidade no gasto em saúde (Silva, 2003).

Avancemos um pouco mais nesta questão da equidade do gasto em saúde. Como a questão está posta no SUS?

Um dos novos mecanismos de financiamento passa pela chamada Programação Pactuada Integrada. A PPI foi estabelecida na NOAS –SUS 1/2001 que começa por definir os princípios da integralidade das ações e da equidade na alocação de recursos nas três esferas de governo. Invariavelmente, porém, adota-se um parâmetro exclusivamente baseado nas ações assistenciais. No caso, adota-se a patologia clínica ambulatorial, em razão do peso deste gasto no conjunto do gasto com procedimentos médicos (total, média complexidade, per capita, por consultas médicas, etc.). O que se verifica, portanto, é que a integralidade vai ser operacionalizada por programas específicos baseados no atendimento a doenças. Uma contradição em termos!

O que dizer quanto ao financiamento das ações básicas que, mediante o Plano de Atenção Básica, define valores para procedimentos incentivados, a exemplo das atividades em educação em saúde?

Em análise de uma prática de saúde com hipertensos num município do Estado do Rio de Janeiro, Vera Damázio aponta, em sua monografia de conclusão de curso de especialização em educação e saúde, as limitações existentes, a exemplo da falta, nos módulos do PSF, de um espaço para as reuniões e da normatização das atividades educativas. No caso dos hipertensos, esta atividade resume-se numa palestra com duração de, no mínimo, 30 minutos para um grupo de pelo menos 10 pessoas que vão ao serviço para receber medicamento de controle da hipertensão e agendar suas consultas de controle do processo terapêutico. Certamente o que temos aqui não passa, em que pesem as boas intenções dos profissionais de saúde, de uma “educação toca-boiada” (Vasconcelos, 2001) que, para fins de controle sanitário, garante a eficácia dos R\$8,25 pagos pela reunião. Infelizmente este não é um caso isolado, mais bem a regra.

Contudo, outra possibilidade de financiamento aparece na experiência do financiamento às ações dos distritos sanitários especiais indígenas, na medida em que considera, por exemplo, ações de promoção da melhoria das condições de saúde da população (Diehl e outros, 2003). Trata-se aqui de ações intersetoriais que vinculem o conhecimento sobre problemas de saúde aos relativos ao trabalho, geração de renda e alimentação. Mas, uma vez que se escolha tal caminho, faz-se necessário pensar as ações de acordo com Planos Municipais e Distritais de Saúde, elaborados com a participação da população, bem como de adotar normas técnicas e de organizar um sistema de informação adequado para fins de avaliação e controle públicos (Garnelo e Brandão, 2003).

Enfim, a superação desse modo de organização “segmentado e desarticulado” de um sistema autoritário por um sistema democrático e participativo no qual a vinculação entre população e técnicos, usuários e profissionais de saúde esteja fundada no princípio da integralidade – tanto em termos da atenção à pessoa como das ações coletivas, tanto da promoção como da prevenção e da cura – faz parte de uma luta política pela saúde, é também um compromisso da Educação Popular em Saúde. Também aqui não estamos “reinventando a roda”. Esforços nesta direção podem ser encontrados na experiência bem sucedida da Reforma Psiquiátrica. Vale afirmar aqui o conceito de território da vida que situa o serviço de saúde de uma forma nova, aberto para a comunidade, para novos espaços e possibilidades terapêuticas, novos olhares e saberes diferentes (Cerqueira, 2003).

4. Uma compreensão deste tipo supõe redefinir todo o sistema com base na perspectiva de que os serviços devem ser direcionados, como um todo, para a atenção primária da saúde. Foi Eymard Vasconcelos quem percebeu a relevância da atenção primária integral à saúde na superação do fosso cultural que separa os serviços da população trabalhadora. Nas experiências localizadas e ainda tênues onde movimentos populares locais aliados a profissionais de saúde identificados com seus interesses conseguiram redirecionar práticas cotidianas, estava em curso a tentativa de lidar com a complexidade dos problemas dos trabalhadores (Vasconcelos, 1999). É indispensável insistir neste ponto: a otimização das necessidades de saúde da população depende da capacidade do sistema de saúde de focar efetivamente a saúde das pessoas “na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham” (Starfield, 2002, 27).

Para dar conta dos problemas mais comuns numa comunidade, a organização da atenção básica deveria oferecer, na perspectiva da atenção primária, serviços para prevenção, cura e reabilitação. No que diz respeito às atividades clínicas relacionadas a esses problemas, a autora observa que o diagnóstico, os exames e as estratégias de monitoramento clínico deveriam estar assegurados neste nível de atenção.

Em importante reflexão sobre a saúde das mulheres, Estela Leão deixa evidente de que modo se pode, em decorrência do encontro entre o movimento feminista e o movimento sanitário que deu origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução. Mais importante ainda, que o diagnóstico da situação de saúde das mulheres aponta para a complexidade e articulação dos problemas, a exemplo da violência sexual e transmissão das DST/AIDS, do uso indiscriminado e sem assistência médica da contracepção hormonal e a ocorrência progressiva das terapias de reposição hormonal e seu potencial aumento de risco para doenças crônicas degenerativas. (Leão, 2002).

Ao lado da necessidade de estratégias intersetoriais mais facilmente apreendida quando se trata do enfrentamento da violência e da epidemia de AIDS que, como afirma a autora, repolitizam o debate sobre as necessidades de saúde (Leão, 2002), impõe-se também o recurso à transdisciplinariedade, compreendida como uma tomada de posição teórica implicada, quer dizer, ético – política, diante dos problemas concretos de saúde das populações (Conde, 1991).

Ao tomarmos a atenção primária da saúde como proposta para repensar o modo como o sistema de saúde está atualmente organizado, pensamos na possibilidade de que outras formas de organização do atendimento sejam desenvolvidas. Ao diferir da atenção por

consulta, de curta duração, característica da atenção secundária, ou do manejo da enfermidade no longo prazo, típico da atenção terciária (Starfield, 2002), a organização dos serviços no nível da atenção básica poderia ter como critério a escuta, o reconhecimento e o diálogo com a população e os usuários. As práticas de saúde no âmbito do serviço – a anamnese profissional, a investigação epidemiológica e a visita domiciliar – precisam ser caracterizadas não apenas por uma escuta atenta, mas pelo reconhecimento do saber construído no cotidiano das relações sociais. Ademais, cabe admitir também, neste âmbito, o pluralismo médico já desenvolvido pela população em busca de alívio para o sofrimento e a cura da doença, bem como da religiosidade como uma resposta, ou uma alternativa, diante do sofrimento difuso e do adoecimento acarretados pela extrema pobreza e pauperização, implicadas pela forma de desenvolvimento do capitalismo em países periféricos e dependentes como o Brasil (Valla, 2002).

Por outro lado, ao invés de se preocupar apenas com o funcionamento dos serviços, a organização popular neste nível (os conselhos gestores) deveria exigir que os serviços abramse ao diagnóstico e planejamento participativos como instrumentos de educação mútua de técnicos/profissionais e população/usuários (Raupp e outros, 2001) na luta pela saúde como um bem coletivo.

Então é necessário reconhecer que a transformação do “modelo assistencial” representa uma determinada forma de distribuir o poder na saúde capaz de, em última instância, favorecer a melhoria das condições de vida e de trabalho da maioria da população. Como já foi assinalado no Relatório Final da 11a. Conferência Nacional de Saúde, a proposta do SUS – um sistema construído com base em princípios de solidariedade social – não é compatível com o atual modelo econômico (Conferência Nacional de Saúde, 2001).

As contribuições da Educação Popular em Saúde não se esgotam na busca de uma mudança no “modelo assistencial”. A idéia extremamente fecunda de práticas de saúde desenvolvidas no território da vida – e que inclui a pluralidade de saberes e práticas de lidar com problemas de saúde – deve precaver-nos contra a formalização e racionalidade abstrata das políticas públicas e dos desenhos institucionais indispensáveis para atender ao princípio da universalidade. Precaver-nos inclusive porque os princípios da reforma sanitária, a exemplo da decantada integralidade, tendem, em razão do modo de organização dos serviços e da busca de eficácia, a sancionar intervenções normalizadoras (Camargo Jr, 2003) que se fazem em nome de necessidades tecnicamente definidas.

Esta flexibilidade no “modo de pensar e fazer a saúde” é a força da Educação Popular e Saúde. Ao contrário do pensamento caracterizado pelo rigor do conhecimento científico

tradicional, acadêmico, fechado no diálogo interpares, a Educação Popular e Saúde é um campo teórico e prático aberto ao senso comum, à religião, à arte e à filosofia. Inscreve-se na perspectiva de uma ciência pós-normal que, em resposta à complexidade do objeto de estudo, organiza-se sob a forma de comunidades ampliadas de pares (Funtowicz e Ravetz, 1997).

5. Frente a estas possibilidades promissoras, a situação vigente expressa o predomínio de interesses contrários aos princípios norteadores da Reforma Sanitária e da saúde como direito constitucional. A segmentação do sistema de saúde favorece os interesses privados que se beneficiam do modo de financiamento das ações de saúde; a atenção à saúde é assistencialista, e, apesar de centrada na ótica curativa individual, tem baixa resolubilidade diante das necessidades de saúde da população. O autoritarismo típico da cultura sanitária e médica descarta os direitos do paciente e o reconhecimento do saber da população.

Esta situação deve ser entendida como resultado de escolhas estratégicas anteriormente feitas dentro de um contexto politicamente adverso. Sarah Escorel lembra-nos que os articuladores – intelectuais e técnicos, pesquisadores acadêmicos e gestores – da Reforma Sanitária priorizaram a ocupação dos “espaços públicos”, separando-se do movimento popular de origem (Escorel, 1998). A consequência foi que eles passaram a sofrer as limitações das alianças impostas pelas instituições públicas de saúde, pretensamente transformados em lócus da contra-hegemonia que, a rigor, somente teria plausibilidade se o argumento estivesse amparado politicamente na construção de uma aliança entre profissionais e técnicos do setor público e os trabalhadores da cidade e do campo (Stotz, 2003).

Ainda permanece este desafio: o de construir uma nova relação entre os segmentos mais pobres dos trabalhadores atualmente usuários do SUS e os mais bem remunerados que usam a medicina privada autônoma assegurada nos contratos coletivos de trabalho. A constituição de um governo popular e democrático oriundo dos movimentos dos trabalhadores neste ano de 2003 representa uma das possibilidades de que esta aliança venha a acontecer. Uma outra depende das transformações efetivas no sistema de saúde, pois o deslocamento das forças privadas e autoritárias passa pelas novas formas de praticar e de organizar, com a participação cada vez mais ampla dos trabalhadores, a atenção à saúde das populações.