

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Luciano Bezerra Gomes

Organizador

O Cuidado e a Educação Popular em Saúde



editora



rede unida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica – Capa

Frag-intensos de Kathleen Tereza da Cruz

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Luciano Bezerra Gomes

Organizador

**O Cuidado e a Educação Popular
em Saúde**

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C966 O cuidado e a educação popular em saúde [recurso eletrônico] / Luciano Bezerra Gomes, organizador. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015.
p. 262 : il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

ISBN: 978-85-66659-40-5

DOI: dx.doi.org/10.18310/9788566659405

1. Educação em Saúde. 2. Educação popular – Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Saúde pública. 5. Cuidado em saúde. I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Série.

CDU: 614

NLM: WA590

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.
Copyright © 2015 by Luciano Bezerra Gomes

1ª Edição
Porto Alegre - 2015
Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....7

PARTE I

**A GESTÃO DO CUIDADO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:
UM ESTUDO A PARTIR DA OBRA DE EYMARD MOURÃO
VASCONCELOS.....13**

Luciano Bezerra Gomes

Introdução.....13

Entre justificativa e fundamentação teórica.....17

Algumas opções metodológicas.....24

Desenvolvimento.....32

Compreendendo a educação popular em saúde.....32

• A educação popular em saúde no Brasil: entre movimento social e ferramenta metodológica.....33

• Contribuições da educação popular para a educação em saúde.....39

• A educação popular em saúde ajudando a compreender e lidar com as iniciativas autônomas da população: as redes de apoio social no território.....46

• Para fazer avançar a educação popular nos serviços de saúde.....51

A gestão do cuidado em saúde na obra de Eymard Mourão Vasconcelos.....53

• Educação popular e o cuidado em saúde.....58

• Uma nova educação popular em saúde.....65

• Organizando o serviço segundo o cuidado na lógica da educação popular em saúde.....68

• Os limites do cuidado.....72

• Relações de poder no cuidado em saúde.....	74
• Sobre o conceito de classes populares.....	82
• Críticas à biomedicina.....	86
• Críticas ao racionalismo e concepção de subjetividade e espiritualidade.....	90
• A subjetividade dos usuários como potência para o trabalho em saúde.....	97
• Sobre a espiritualidade no trabalho em saúde.....	101
• O atendimento individual.....	104
• A abordagem à família.....	112
• Análise do Programa Saúde da Família.....	120
• Gestão do trabalho em equipe.....	126
• Concepções sobre a gestão da saúde e o Estado.....	137
• Caminhos e desafios para a educação popular em saúde.....	143
Conclusão.....	149
Referências.....	154

PARTE II

MINHA PERCEPÇÃO SOBRE AS ANÁLISES DE LUCIANO SOBRE MINHA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA.....171

Eymard Mourão Vasconcelos

DE PALAVRAS-SÍMBOLO E DE IMAGENS-ESTRELA: SOBRE “LEVEZA”, “INCOMPLETUDE”, E “SER MAIS” NO MUNDO PENSADO E IMAGINADO DA SAÚDE COLETIVA.....205

Julio Alberto Wong un

UMA TORÇÃO PEDAGÓGICA NO CUIDADO EM SAÚDE.....233

Helvo slomp Junior Laura Camargo Macruz Feuerwerker débora Cristina Bertussi Maria paula Cerqueira Gomes Emerson Elias Merhy

SOBRE OS AUTORES.....261

APRESENTAÇÃO

O campo da saúde, no Brasil, tem apresentado pouca capacidade de se abrir internamente para um diálogo profundo. Temos visto isso com receio, pois parece que perdemos a capacidade de nos renovarmos a partir das afetações e da abertura para a produção de transversalidades. É para insistirmos na necessidade de sairmos de monólogos entre distintas matrizes discursivas que os autores presentes nesse livro se mobilizaram para elaborá-lo.

Tomamos como disparador dos debates uma dissertação de mestrado¹, defendida em 2010 junto ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, elaborada pelo organizador do presente livro, Luciano Bezerra Gomes, e que teve como orientadores Emerson Elias Merhy e Marcelo Gerardin Poirot Land.

Nesta dissertação, realizou-se uma sistematização da produção da educação popular em saúde, não a partir do que mais comumente se toma para analisá-la, suas formulações sobre a educação em saúde, mas sim sobre um aspecto menos (ou praticamente não) debatido: o que

¹ GOMES, L.B. *A gestão do cuidado na educação popular em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos*. 2010. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

a educação popular propõe para o tema do cuidado em saúde.

Além de uma revisão que buscou delimitar a constituição do campo da educação popular em saúde, Luciano tomou como referência para aprofundamento a obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Além de apresentar as formulações de Eymard, a dissertação apontou aproximações e divergências com diversos autores que realizam o debate sobre o cuidado em saúde.

Na banca de avaliação da dissertação, participaram os professores Ricardo Burg Ceccim, Laura Camargo Macruz Feuerwerker e Antonio José Ledo Alves da Cunha. Já naquele momento, um intenso debate se desencadeou, seja sobre aspectos da própria pesquisa, seja apontando para as possibilidades de ampliação do debate que ela suscitava.

Desde aquela data, ficou em parte dos presentes a vontade de dar mais fôlego ao debate, para dialogar sobre as questões que estavam sendo levantadas, ampliando os interlocutores dessa boa e instigante conversa. Sendo assim, tentamos desenvolver este livro como um esforço coletivo de refletir sobre essas interfaces e conexões entre a educação e o cuidado em saúde.

Desse modo, ele foi dividido em duas partes. Na primeira, temos a íntegra do texto da supracitada dissertação, com algumas modificações em relação ao seu texto original, que buscaram melhorar parte da sua redação, bem como atualizar algumas de suas referências. Embora, parte relevante do seu conteúdo do texto já tenha vindo a público em alguns artigos², consideramos que seria

² Vide as referências seguintes: GOMES, L.B.; MERHY, E.E. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, supl.2, p.1427-1440, dez. 2014. GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Subjetividade, espiritualidade, gestão e Estado na Educação Popular em Saúde: um debate a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. *Interface*

importante divulgá-la do modo como foi elaborada, visando dar uma visão de unicidade ao debate por ela proposto, já que nos artigos se perde nesse aspecto. E embora já se tenham passado cinco anos de sua defesa, cremos que as reflexões apontadas neste estudo continuam pertinentes. E para além de uma atualização da revisão que fundamentou a pesquisa, acreditamos que seria mais relevante a promoção de um debate envolvendo autores de diferentes perspectivas.

Neste sentido, na segunda parte, encontram-se textos originais de autores que ofertam relevantes reflexões sobre a temática em questão. Entre os convidados para essa produção, não poderia faltar o próprio Eymard Vasconcelos. É desnecessário falar da relevância de sua colaboração para o campo da educação popular em saúde, mas também sua presença aqui se deve ao fato de ter sido em torno de suas formulações que se deu parte substancial do debate promovido na dissertação disparadora da organização deste livro.

Ainda, se agrega uma reflexão instigante de Julio Alberto Wong Un, convidado a participar desse livro pela sua trajetória militante e acadêmica, bem como por sua capacidade de agregar outras ênfases ao debate. Não apenas em relação ao conteúdo, mas à própria estética da produção textual, como se pode apreender no capítulo por ele elaborado.

E para fechar o livro, um texto escrito a muitas mãos, tendo envolvido na sua elaboração Helvo Slomp Junior, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Débora Cristina Bertussi, Maria Paula Cerqueira Gomes e Emerson Elias Merhy. A presença deles, para além da contribuição que

(*Botucatu*), Botucatu, v.18, supl.2., p.1269- 1281, dez. 2014. GOMES, L.B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impreso)*, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.7-18, jan. 2011.

têm em relação ao tema do cuidado e da educação em saúde, se dá por serem alguns dos mais ativos membros da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na UFRJ, em que diversas pesquisas estão sendo desenvolvidas integrando as mais variadas perspectivas teóricas e epistemológicas.

Enfim, a ideia disparadora para a elaboração dos diversos textos presentes nesse livro era não apenas que os autores pudessem criticar as noções presentes na dissertação de Luciano Gomes, mas que agregassem em seus textos os mais variados aspectos que considerassem necessários, no atual momento, para aprofundar o debate sobre as interfaces entre o cuidado e a educação em saúde. Apostamos também na abertura para nos engravidarmos mutuamente, para nos desenvolvermos na produção radical da diferença.

Vendo o resultado a que chegamos, consideramos que boa parte dos objetivos propostos foram alcançados, ao apontarmos algumas possibilidades de enriquecimento de distintas perspectivas da saúde coletiva ao rompermos com “nichos” de reprodução e transitarmos em diálogos respeitosos e solidários entre distintas matrizes existentes. O que coloca, agora, novos desafios a nós mesmos e para os que se dispuserem a ler este livro: dar os próximos passos, avançar na reflexão e, principalmente, no desenvolvimento de novas práticas nos serviços, na gestão, na academia e nos movimentos sociais da saúde.

É nisso que reside a principal aposta dos textos aqui presentes, bem como em todos os livros da Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, publicados pela Editora Rede UNIDA, à qual está vinculada esta produção.

Luciano Bezerra Gomes
Agosto/2015

PARTE I

A GESTÃO DO CUIDADO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UM ESTUDO A PARTIR DA OBRA DE EYMARD MOURÃO VASCONCELOS

Luciano Bezerra Gomes

Introdução

O campo da saúde no Brasil, há várias décadas, constituiu-se como um terreno de intensos debates quando toma por foco a organização das políticas públicas para esta área. São muitos os sujeitos que, com distintas inserções institucionais, constroem formulações no intuito de disputar nesta arena.

Entretanto, em relação à maneira como se posicionam e no modo como são construídas as formulações, muitas vezes, estas disputas ficam relativamente veladas. Por um lado, o fato de a saúde coletiva brasileira ter se fortalecido como área de produção acadêmica, com diversos grupos de pesquisa vinculados a conceituadas instituições formadoras, leva a que os debates tomem um caráter mais “técnico”, mais “científico”. Neste sentido, a dimensão política inerente às proposições que são realizadas fica, no

máximo, ocupando um reconhecimento da parcialidade de todo e qualquer conhecimento produzido. De certo modo, assumidas apenas como perspectivas teóricas, as distintas formulações se isolam entre as escolas, fomentando discussões que ficam no campo epistêmico em torno de aspectos metodológicos.

Na produção científica em geral, mas no campo da saúde em especial, as produções acadêmicas não apenas estão se assentando em métodos que têm relação com a concepção de mundo dos seus pesquisadores; as escolhas dos autores, de certa forma, delimitam o campo político no qual eles pretendem debater. Não há delimitação de objeto de pesquisa, há sempre definição política em torno de que disputas estão entrando e com quem as estão travando. Desta maneira, acredito que não debatemos apenas teorias, de fato, estamos sempre disputando a construção dos sujeitos, a produção da subjetividade dos atores presentes nas arenas. A formulação acadêmica é, intensamente, produção de disputas. (DELEUZE; GUATTARI, 1997; MERHY, 1992)

Em frente distinta, há toda uma construção de formulações diretamente vinculadas às instâncias gestoras das políticas públicas de saúde que, baseando-se ou não nas produções “acadêmicas”, por outro caminho, acabam por chegar também, aparentemente, a um campo “asséptico” de disputa. Cada vez mais, tem se tornado indiferenciada a agenda explícita dos sujeitos políticos quando se apresentam as suas formulações para a saúde. Todos parecem concordar - apenas superficialmente, é claro - quando questionados em relação à prioridade da saúde, à deliberação de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), à necessidade de mais recursos para a saúde, de se humanizar a atenção, de se qualificar a gestão, entre outras propostas. Apenas na análise concreta das experiências de implementação de políticas de saúde é que podemos

evidenciar as efetivas diferenças de projetos existentes entre os vários grupos políticos que estão à frente das decisões nas máquinas governamentais.

Contudo (e aqui vem outra premissa para este estudo), esta constatação não elimina a relevância de identificar e analisar as diferentes formulações que são produzidas. Mesmo reconhecendo que não são as formulações que definem os rumos da implementação das políticas públicas, e mais o contrário, os decisores é que selecionam os formuladores necessários para seus projetos políticos (MERHY, 1992), considero que o debate sobre as formulações continua capaz de clarificar alguns aspectos importantes. Isto porque os formuladores, em suas disputas pela produção da subjetividade dos (novos) atores, neste processo, com suas construções acabam por também modificar os sujeitos decisores. De certa forma, é como diz o poeta que afirma que “os livros não mudam o mundo / quem muda o mundo são as pessoas / os livros mudam, apenas, as pessoas”¹. E como os formuladores se envolvem em processos concretos de implementação de experiências de políticas públicas, eles, na sua práxis, também têm sua produção modificada ao longo do tempo.

Feitas tais considerações, posso afirmar que este estudo se realizou no intuito de compreender melhor o debate posto em torno de algumas formulações que considero relevantes, hoje, no campo da saúde. Não compreendendo as criações teóricas como meras consequências de desenvolvimentos epistêmicos e metodológicos, nem também trazendo para as formulações

¹ Este poema já li em vários locais (como camisetas e páginas virtuais na internet), mas nunca encontrei em livro e, até o presente momento, não consegui precisar a autoria, sendo às vezes referido a Mario Quintana, em outras ocasiões, menos frequentemente, a Carlos Drummond de Andrade; de todo modo, sem a referência adequada a uma produção acadêmica, resolvi utilizá-lo, pois serve ao intuito que se pretende no texto.

a (oni)potência de transformar diretamente o mundo. Pretendo compreender como algumas formulações estão sendo concebidas, justamente por reconhecer a importância que elas têm ao cumprir papel tão sinuoso na construção das políticas públicas.

Entretanto, diante da infinidade de disputas postas em torno de diferentes formulações num campo de produção tão complexo como o da saúde, delimito um tema de interesse que considero ter bastante centralidade para o momento em que estamos: a gestão do cuidado em saúde. E dentre as diversas possibilidades de abordagem, realizei um estudo sobre as formulações para o cuidado entre autores da educação popular em saúde. Entre estes, aprofundi-me na obra de um de seus maiores expoentes: Eymard Mourão Vasconcelos. Para apresentar uma visão panorâmica do texto, passo à descrição sucinta de cada uma das seções que o compõem.

Ainda nesta introdução, primeriamente, apresento os motivos que me levaram a desenvolver este estudo e alguns elementos à guisa de fundamentação teórica, para ajudar a compreender algumas escolhas que foram feitas ao longo do percurso de produção da pesquisa. Em seguida, descrevo as opções metodológicas que orientaram a realização desta pesquisa, desde a seleção e análise do material, até à escrita do texto dissertativo.

No desenvolvimento, o texto foi desdobrado em duas seções secundárias. Na primeira parte, encontra-se uma reconstrução dos movimentos que levaram à constituição da educação popular em saúde como matriz teórica forjada nas lutas sociais de alguns coletivos, bem como uma sistematização de suas características e principais embates que vem travando. Na segunda parte, a maior delas, são desenvolvidas as reflexões realizadas a partir do mergulho mais aprofundado na obra de Eymard Vasconcelos.

Por fim, na conclusão, realizo algumas considerações que apontam para o final desta pesquisa, abrindo para novas possibilidades de diálogos.

- Entre justificativa e fundamentação teórica

Alguns autores que se debruçaram sobre a formulação de políticas para a saúde tentaram compreender a construção dos modelos tecnoassistenciais e as disputas postas em torno de suas implementações entre as arenas institucionais das políticas públicas. (PAIM, 2008; CAMPOS, 2006; FEUERWERKER, 2005; TEIXEIRA, 2000; SILVA JR, 1998; MERHY, 1992) Reconheço a contribuição fundamental destes estudos em clarificar a imbricação entre as formulações de modelos tecnoassistenciais com as disputas em relação à implementação de políticas de saúde, destas últimas com o conjunto de políticas sociais dos governos, e para ajudar a compreender os governos, por sua vez, como inseridos nas relações políticas maiores que se estabelecem entre os atores que configuram as redes sociais em determinado contexto histórico.

Abordagens nesta perspectiva, geralmente, tendem a compreender um conjunto de formulações de grupos comprometidos com o desenvolvimento concreto de determinadas experiências de organização da atenção em serviços e de gestão na saúde, explicitando suas bases teóricas e a maneira como elas se relacionam com outras formulações e com os jogos político-institucionais. Neste sentido, encontramos no estudo de Merhy (1992) uma boa caracterização para as dimensões inerentes aos modelos tecnoassistenciais, quais sejam:

- as formulações dos projetos tecnoassistenciais, mesmo que se sustentem em saberes tecnológicos, produzem, antes de tudo, projetos políticos;

- um modelo precisa descrever o que considera como problema de saúde, definir as práticas que propõe e sua maneira de organização em serviços, com seus respectivos trabalhadores e usuários;

- institucionalmente, os modelos expressam determinadas configurações de Estado;

- ao disputar políticas, um modelo precisa construir uma concepção dos outros projetos.

Na presente pesquisa, não tomo por objeto a compreensão sobre a formulação de modelos tecnoassistenciais, entretanto, pego de empréstimo algumas premissas e caminhos metodológicos desenvolvidos neste estudo de Merhy (1992), a fim de compreender melhor as questões que me interessam. Isto porque, como o objetivo de Merhy era analisar as relações que levavam a que a saúde pública fosse formulada e implementada como política pública, em seu estudo, entre outros aspectos, este autor deu ênfase: às relações entre os formuladores de políticas, os decisores das arenas institucionais e os implementadores das políticas; também, às articulações entre este campo e as políticas sociais globais do Estado capitalista nascente no Brasil, em especial no estado de São Paulo, na primeira metade do século XX.

Para o atual estudo, procuro outra perspectiva de análise, em que trago o foco mais para a compreensão de aspectos específicos das formulações de certos grupos que disputam no campo da saúde. Sendo assim, reconhecendo as diversas mediações entre formuladores, decisores e implementadores, bem como todos os movimentos no campo da política para que tais formulações sejam efetivamente implementadas, me interessa aqui aprofundar mais em algumas dimensões das formulações em si.

Acredito, com isto, não fugir do debate político, seja porque o autor cuja obra analisarei mais detidamente eu o tomo como formulador de políticas, mesmo quando não está diretamente escrevendo manifestos ou programas partidários para determinados governos. Bem como, por concordar com a afirmação de Merhy (1992, p.26), para quem “as formulações não se apresentam apenas como saberes tecnológicos, pois se colocam, antes de tudo, como estratégias de políticas públicas, ou seja, como projetos de organização social das ações de saúde enquanto serviços.”

Isto posto, reafirmo meu interesse em aprofundar um estudo sobre a gestão do cuidado em saúde que, nos últimos anos, tem se tornado um tema central para diversos formuladores do campo da saúde. Os autores que têm se debruçado sobre esta questão o fazem na perspectiva de criar ofertas capazes de contribuir com a transformação da realidade sanitária em nosso país. Eles acabam por formular arranjos para a gestão do cuidado que são coerentes com suas concepções políticas e com suas compreensões sobre o modo como se produz o cuidado, bem como, formulam no sentido de mediar os distintos interesses e disputas presentes neste campo. (MERHY, 2007a; 2003; CECCIM; FERLA, 2006; FEUERWERKER, 2005; CAMPOS, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999)

Estes diversos autores, no momento em que analisam os avanços e desafios da implantação do SUS, embora não se esquivem de pensar questões relacionadas ao financiamento, à gestão do trabalho e da educação, às transformações do Estado brasileiro, entre outras, têm dado centralidade à maneira como se oferta o cuidado nos serviços de saúde e como todos os sujeitos envolvidos realizam a gestão do cuidado. Mesmo identificando diferenças de ênfase em relação a alguns aspectos, poderíamos considerar que tais autores compartilham referenciais,

perspectivas e até mesmo vocabulários comuns quando se debruçam sobre esta questão. De certa forma, embora não possamos classificá-los todos como membros de uma única “escola” de pensamento, é necessário reconhecer a influência nestes autores da produção teórica que teve início com o Laboratório de Planejamento e Administração do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, analisada por Silva Jr. (1998) sob a denominação de modelo tecnoassistencial em defesa da vida.

Tais formulações têm encontrado eco entre sujeitos presentes em serviços de saúde, em algumas instâncias de gestão do SUS, bem como entre pesquisadores e docentes inseridos em parte das instituições acadêmicas. Entretanto, outros autores têm apresentado formulações distintas, em que se ofertam proposições diferentes para instrumentalizar os sujeitos que se colocam diante de desafios semelhantes.

Entre as várias correntes de pensamento presentes no campo da saúde, neste estudo, analiso a formulação presente entre autores da educação popular em saúde. No desenvolvimento do estudo, opto por tomar um dos autores mais relevantes desta matriz de pensamento, como havia afirmado anteriormente, que é o Eymard Vasconcelos². A interrogação que lanço é no sentido de analisar a formulação deste autor sobre cuidado e gestão do cuidado, bem como que arranjos concretos são ofertados por ele para desenvolver a gestão do cuidado na saúde.

A intenção de procurar por estes aspectos na obra deste autor se dá em virtude de minha já afirmada concordância com o que se apresentou até aqui, no sentido de que é fundamental abordar a produção e a gestão do

² Os aspectos relacionados a esta escolha, bem como uma descrição mais detalhada da vida e produção acadêmica deste autor estão na seção seguinte, que trata das opções metodológicas do estudo.

cuidado para superar os desafios postos na implementação do SUS. Mas por que pesquisar a educação popular em saúde?

Em primeiro lugar, a intenção em pesquisar entre autores da educação popular em saúde se dá em virtude do reconhecimento da força que tem esta matriz teórica no campo da saúde. Um primeiro indicador disto poderia ser a reconhecida influência de suas formulações entre pesquisadores da saúde presentes na academia brasileira. Suas construções teóricas têm apresentado a capacidade de produzir significado e constituir novos sujeitos neste campo.

Um segundo aspecto que me leva a estudar com mais profundidade esta corrente de pensamento se dá pelo fato de que muitas das formulações desenvolvidas neste campo de produção teórica têm sido agregadas em diversas experiências concretas onde se tenta implementar o SUS. Seria impossível, e desnecessário, tentar especificar todas as situações em que as formulações dos autores da educação popular em saúde contribuíram para os profissionais que estavam atuando diretamente na atenção à saúde da população ou então nas instâncias de gestão formal do SUS.

Outro motivo é que, em parte das experiências de implementação do SUS que se basearam em suas formulações, diversos autores desta matriz teórica se envolveram diretamente. Certamente, isto tendo refletido, em termos práticos, em seus movimentos de (re) formulações teóricas.

Por fim, concordando com Gilles Deleuze (O ABECEDÁRIO..., 1988-1989), para quem só escrevemos algo porque nos é necessário, de certa forma, com este estudo, dialogo com algumas das vivências em que participei. Médico sanitário de formação, atuei, na Paraíba, em Sergipe e na Bahia, como trabalhador no cuidado e na gestão

em âmbito municipal e estadual, bem como na função de docente, à qual estou me dedicando com mais intensidade atualmente. Nas várias inserções como profissional e militante, a educação popular em saúde sempre tem se apresentado como uma das frentes que mais tem agregado novos sujeitos políticos na saúde, as obras de seus autores são intensamente acessadas por muitos companheiros e eles sempre se colocaram, direta ou indiretamente, como interlocutores necessários e privilegiados. Sendo assim, a pesquisa que se segue busca compreender a maneira como o debate sobre a produção e a gestão do cuidado aparece entre os autores da educação popular em saúde, mesmo que se tome apenas um deles para aprofundamento analítico e como fonte para a produção de debates.

Mas apresento aqui uma primeira dificuldade, que exigiu uma reflexão e elaboração de alternativa de cunho metodológico: na produção dos autores desta corrente de pensamento não se identifica diretamente a maneira como eles se inserem neste debate sobre a gestão do cuidado. Em uma leitura desatenta, onde se procuraria a presença desta noção em suas obras, pode até parecer que eles desviam deste tema, ou pelo menos, não o tomam como central para os desafios que estão encarando. Sendo assim, desenvolvi esta pesquisa por considerar, inicialmente, a hipótese de que, mesmo que não compartilhem certo vocabulário com outros autores da saúde, estes formuladores acabam construindo noções que permitem uma leitura de suas obras no sentido de realizar um diálogo (que, muitas vezes, pode até permanecer implícito) com os que estão mais diretamente debatendo a gestão do cuidado em suas obras. De certo modo, tento aprender novamente com Deleuze (*O ABECEDÁRIO...*, 1988-1989), que procurava em seus estudos de história da filosofia não a abstrata evolução dos conceitos em si, mas a que problemas concretos os conceitos criados pelos filósofos eram dirigidos e como,

em suas criações, eles se propunham a superá-los. Tento, assim, analisar não o que Eymard Vasconcelos denomina por gestão do cuidado, mas de que maneira ele pensa e cria ofertas para os sujeitos que se encontram diante da necessidade de produzir e de fazer a gestão do cuidado (ele optando, ao final, pelos nomes que considerar mais adequados).

Na análise das obras que serviram de referência para este estudo, tento encontrar apontamentos que permitam responder as seguintes questões:

- Qual a formulação para o cuidado em saúde presente neste autor?

- Que arranjos concretos são propostos para a gestão do cuidado em suas formulações?

- Em suas obras, como ele dialoga com autores que defendem outras perspectivas teóricas?

- Que possibilidades de interlocução com outros autores que discutem o cuidado podem ser identificadas e que ele não desenvolve em seus textos?

Tento, com estas questões, delimitar a produção deste autor, no sentido de identificar a maneira como ele se coloca neste debate, bem como especificando suas contribuições para estas questões. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi necessária a articulação de diversas estratégias metodológicas, as quais explico melhor na seção seguinte.

- Algumas opções metodológicas

Este estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico. Segundo Gil (1999, p. 43), a pesquisa exploratória tem “como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Entre as diversas técnicas de pesquisa qualitativa possíveis para obtenção dos dados, foram utilizados métodos de pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é “um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema.” (MARCONI; LAKATOS, 2008, p.12)

Inicialmente, realizei um levantamento bibliográfico preliminar, onde tentei identificar as características gerais da educação popular em saúde. Para tanto, realizei revisão de artigos publicados em revistas indexadas e disponíveis na página virtual da base de dados da *Scientific Electronic Library Online – Scielo*, por disponibilizar os textos na íntegra de uma grande quantidade de periódicos de reconhecida qualidade. A identificação do material foi realizada através de buscas com a utilização das seguintes palavras-chaves: educação popular em saúde; educação popular e saúde; educação em saúde; educação em saúde bucal; educação em saúde na escola; educação em saúde pública; educação em serviços de saúde; educação para saúde; educação sanitária; educação sanitária odontológica.

Foram identificados, inicialmente, 375 artigos, os quais tiveram seus títulos, autores e resumos lidos, resultando em uma segunda seleção de 90 artigos que poderiam apresentar relação com o objetivo deste

levantamento bibliográfico preliminar e que foram selecionados para leitura exploratória, na tentativa de identificar os que tinham provável capacidade de contribuir com a caracterização da matriz teórica da educação popular em saúde. A partir disto, foram realizadas uma leitura seletiva e posterior leitura analítica dos 27 artigos mais relevantes para os objetivos deste estudo. Através destes artigos, foram identificados livros e capítulos de livros, além de mais 10 artigos que não constavam na Scielo, que eram citados com mais relevância, e que levaram a uma segunda seleção de materiais que totalizaram 37 artigos, 15 livros e 25 capítulos de livros. Todo este material passou por etapas semelhantes de leituras exploratória, seletiva e analítica. As primeiras leituras foram necessárias para selecionar, entre toda a produção, os materiais que teriam potencial de contribuir com a caracterização das questões centrais para esta corrente de pensamento. As leituras mais profundas foram realizadas já com a intenção de analisar e interpretar o material selecionado, com a finalidade de construir sínteses capazes de expor a construção teórica presente na educação popular em saúde. À medida que as leituras foram se sucedendo, realizamos apontamentos e fichamentos, os quais foram armazenados digitalmente, sendo posteriormente organizados logicamente a fim de permitir a redação do texto final. (GIL, 2002)

A partir desta pesquisa bibliográfica inicial, elaborei uma primeira sistematização da produção da educação popular em saúde e, a partir dela, optei por realizar um estudo mais aprofundado da produção de um autor de grande relevância desta corrente. Vale salientar que conheço as limitações de uma amostra não probabilística intencional (MARCONI; LAKATOS, 2008), como a que foi realizada aqui, mas considero que ela é capaz de trazer as contribuições adequadas para cumprir com os objetivos desta pesquisa. Sendo assim, optei por realizar uma análise

mais aprofundada da obra de um autor específico por considerá-lo como um típico intelectual orgânico desta perspectiva: trabalhei com a produção de Eymard Mourão Vasconcelos.

Eymard é médico de formação, tendo concluído seu curso de graduação em 1975, cursou o mestrado em Educação, concluído em 1986, bem como o doutorado em Medicina Tropical, concluído em 1997, todas estas formações realizadas na Universidade Federal de Minas Gerais. Realizou pós-doutorado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, entre os anos de 2003 e 2005. É professor do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, onde além de cursos de graduação da saúde, tem atuado nos programas de pós-graduação em educação e de pós-graduação em ciências da religião e no projeto de extensão “educação popular e a atenção à saúde da família”. Em seu currículo, disponível na plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), refere ter experiência na área da saúde coletiva, com ênfase em educação popular e saúde comunitária, atuando principalmente nos temas de: educação em saúde, educação popular, atenção primária à saúde, espiritualidade na saúde e extensão universitária. Entre as linhas de pesquisa que estão destacadas no seu currículo, encontram-se: educação popular em saúde; espiritualidade no trabalho em saúde; educação popular e formação profissional em saúde. Ele ainda se apresenta no Lattes como membro ativo da Rede de Educação Popular e Saúde.

Em virtude de aspectos operacionais, e considerando que o debate sobre a produção e a gestão do cuidado em saúde somente foi se tornando mais relevante há relativamente pouco tempo, com as principais referências

surgindo a partir de meados da década de 1990, decidi, como critério de leitura da obra deste autor, acessar toda a sua produção realizada nos anos de 1994 a 2009 e que se encontrasse disponível em livros e capítulos de livros, bem como em artigos publicados em periódicos. Para identificar os artigos, pesquisei todos os textos em que este autor participa da autoria, neste período, e que se encontravam disponíveis na página virtual com a base de dados das revistas indexadas no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da Organização Panamericana de Saúde (Bireme). Para a identificação dos livros e capítulos de livros, acessei principalmente o currículo deste autor, disponível na página virtual da plataforma Lattes do CNPQ, embora parte das publicações também estivesse disponível na Bireme. Ainda, realizei buscas na página virtual “Google Acadêmico”, com a finalidade de localizar todas as publicações disponíveis neste período em que ele aparecia como autor ou coautor, a fim de cruzar as informações com as encontradas na Bireme e no seu currículo Lattes, no sentido de garantir que identificasse todas as publicações deste autor no período de interesse. Entre as obras anteriores a este período, somente foram consultadas as que ele mesmo referenciara, nas publicações inicialmente selecionadas, como sendo relevantes para contribuir com suas reflexões.

Assim como no levantamento bibliográfico preliminar, após localização e obtenção do material, realizou-se primeiro uma leitura exploratória, seguida de leituras seletiva, analítica e interpretativa. As primeiras leituras foram necessárias para selecionar, entre toda a produção, os materiais que teriam relação com as questões levantadas neste estudo. As leituras mais profundas foram realizadas já com a intenção de analisar e interpretar o material selecionado, com a finalidade de construir sínteses capazes de expor a construção teórica presente nelas sobre

as questões centrais trabalhadas neste estudo. À medida que as leituras foram se sucedendo, realizei apontamentos e fichamentos, os quais foram armazenados digitalmente, sendo posteriormente organizados logicamente a fim de permitir a redação do texto dissertativo. (GIL, 2002)

Nas obras deste autor, procurei compreender: qual a concepção de cuidado e de gestão do cuidado elaborada por ele; que arranjos concretos são ofertados para desenvolver a gestão do cuidado; a maneira como aparece o diálogo com autores que apresentam outras compreensões sobre a produção e a gestão do cuidado; as possibilidades de interlocuções com outros autores que discutem o cuidado em saúde.

Para realização da leitura analítica e interpretativa, utilizei como referência alguns aspectos teóricos da hermenêutica filosófica. Para esta perspectiva, a compreensão de algo é a própria interpretação, vista como uma condição do ser humano e não como resultado da aplicação criteriosa e padronizada de determinado método *a priori*. Para tanto, esta corrente de pensamento admite que, para se produzir uma compreensão, é necessário reconhecer o engajamento dos sujeitos, pois é a partir do diálogo de suas concepções com aquilo que tenta entender que a compreensão é negociada, testando-se aí inclusive nossas ideias e preconcepções. Não existe um significado objetivo, o qual tentamos alcançar nos distanciando do que somos para assimilá-lo imparcialmente. Sendo assim, não há uma interpretação correta das ações humanas e dos textos; não se desvenda algo; não se reproduz algo pela interpretação; sempre se constrói uma compreensão no diálogo com o que já se traz. Neste sentido, a compreensão torna-se, em si, uma experiência prática, humana, deixando de ser um movimento em etapas de algo que é assimilado para depois ser aplicado. (SCHWANDT, 2006)

Uma ótima descrição de procedimentos metodológicos de tratamento de texto que podem ser relacionados à abordagem hermenêutica é encontrada em texto onde se analisa o debate que se trava entre Habermas e Gadamer, este último um dos grandes pensadores que contribuiu com a sistematização teórica na perspectiva da hermenêutica filosófica. Tal texto se encontra em Minayo (1996), em que são retomados os pressupostos metodológicos da hermenêutica para as ciências sociais, quais seriam:

[...] o pesquisador tem que aclarar para si mesmo o contexto de seus entrevistados ou dos documentos a serem analisados. Isso é importante porque o discurso expressa um saber compartilhado com outros, do ponto de vista moral, cultural e cognitivo. b) O estudioso do texto (o termo *texto* aqui é considerado no sentido amplo: relato, entrevista, história de vida, biografia etc.) deve supor a respeito de todos os documentos, por mais obscuros que possam parecer à primeira vista, um teor de racionalidade e de responsabilidade que não lhe permite duvidar. O intérprete toma a sério, como sujeito responsável o ator social que está diante dele. c) O pesquisador só pode compreender o conteúdo significativo de um texto quando está em condições de tornar presentes as razões que o autor teria para elaborá-lo. d) Por outro lado, ao mesmo tempo em que o analista busca entender o texto, tem que julgá-lo e tomar posição em relação a ele. Isto é, qualquer intérprete deve assumir determinadas questões que o texto lhe apresenta como problemas não resolvidos. E compenetrar-se do fato de que no labor da interpretação não existe última palavra. e) Toda interpretação bem

sucedida é acompanhada pela expectativa de que o autor poderia compartilhar da explicação elaborada se pudesse penetrar também no mundo do pesquisador. Tanto o sujeito que comunica como aquele que o interpreta são marcados pela história, pelo seu tempo, pelo seu grupo. Portanto, o texto reflete esta relação de forma original. (MINAYO, 1996, p.221-22)

Tentei tomar estes passos como uma das referências no trabalho com o material bibliográfico selecionado para este estudo. Também, considerei algumas sugestões metodológicas propostas por Umberto Eco, em especial em relação à maneira de organizar a leitura de material bibliográfico e de como organizar os fichamentos, otimizando a etapa de redação da versão final do texto. (ECO, 2001)

No tratamento do material referente às obras de Eymard Vasconcelos, procurei não me prender ao que ele afirma ou nega em relação a determinadas concepções de outros autores. Tentei compreender e explicitar a máquina conceitual que Eymard está construindo e nos ofertando, no sentido de ver as construções de gestão do cuidado que ele está formulando.

Busquei não iniciar o estudo sobre sua obra com uma série de categorias analíticas definidas *a priori*. Após realização da leitura analítica e elaboração de fichamentos, construí categorias a partir dos próprios conceitos por ele desenvolvidos que permitissem compreender as continuidades, descontinuidades e comunicações existentes nas formulações deste autor e fui redigindo o texto dissertativo, agregando os conceitos a fim de evidenciar as concepções teóricas sobre as questões que interessam a este estudo.

Em seguida, selecionei autores do campo da saúde,

na quase totalidade das vezes, com quem ele não dialoga diretamente, mas que produzem formulações sobre o cuidado em saúde. Busquei também pensadores de outros campos de produção do conhecimento e que são referências para os pesquisadores que vêm debatendo o tema do cuidado de forma mais direta. Com estes autores, fui produzindo um debate, tentando compreender e explicitar os momentos em que eles se aproximam, bem como em que pontos eles divergem.

Por fim, considerando que conceitos funcionam, necessariamente, em trama, e que não é possível fazer um recorte de um autor sem considerar os elementos que permitem que ele realize a sua produção discursiva, tentei identificar algumas referências e premissas marcadoras da produção de enunciações realizada por Eymard. Nesta perspectiva, trabalhei com alguns conceitos que, nos seus enunciados, aparecem quase como axiomáticos, como aspectos *a priori*, características de sua reflexão que não são negociáveis, não estão em discussão. Com este último movimento, tentei delimitar alguns dos aspectos mais relevantes a partir dos quais e com os quais este autor constrói suas formulações.

Para melhor apresentação do texto, separei a produção resultante da pesquisa bibliográfica preliminar (em que busquei sistematizar as formulações mais gerais da educação popular em saúde), que foi agregada de forma sintética como uma seção à parte, com o objetivo de delimitar o campo de produção acadêmica e de lutas sociais da educação popular em saúde, terreno em que Eymard Vasconcelos está inserido e atuando de forma intensa. Na seção que se segue a esta, apresento os resultados das análises específicas da obra daquele autor. Para concluir, resgato alguns elementos analisados em momentos diferentes do texto, com a intenção de produzir algumas sínteses e apontar possibilidades de diálogos futuros.

Desenvolvimento

Nas páginas que se seguem, encontram-se sistematizadas as reflexões possibilitadas a partir da análise da produção dos autores da educação popular em saúde. Na primeira seção, apresento o texto que foi fruto do estudo de revisão de literatura realizado, que permite compreender o processo que levou à constituição da educação popular como uma das mais relevantes matrizes teóricas do campo da saúde no Brasil. Na seção seguinte, apresento as análises realizadas a partir da leitura da obra de Eymard Mourão Vasconcelos.

Compreendendo a educação popular em saúde

Nesta seção, faço um resgate do processo histórico de constituição da educação popular em saúde como fruto da atuação de diversos movimentos sociais, realizo uma descrição das características gerais da educação popular em saúde, suas grandes pautas, a maneira como os autores desta perspectiva compreendem a atuação educativa dos serviços de saúde junto à população, suas críticas e disputas com o modo hegemônico de se organizar a educação e a atenção à saúde, bem como algumas contribuições que agregam aos que se propõem a seguir suas bases e preceitos. Diante dos objetivos deste estudo, esta seção consegue apresentar algumas das formulações mais relevantes dos autores desta matriz, bem como é fundamental para compreender o contexto teórico e político de onde fala Eymard Vasconcelos, de quem aprofundo as análises em relação à formulação sobre a gestão do cuidado na seção seguinte.

- A educação popular em saúde no Brasil: entre movimento social e ferramenta metodológica

O percurso das ações de educação em saúde no Brasil tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX. As campanhas sanitárias da 1ª República e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública apresentavam estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. (VASCONCELOS, 2001)

Até a primeira metade da década de 1970, a prática de atenção à saúde se resumia quase exclusivamente à medicina privada, para os que podiam pagar, e nos hospitais da previdência social, para os trabalhadores que tinham carteira assinada, em ambas situações desenvolvendo práticas de caráter basicamente curativas. As ações preventivas e educativas em saúde se davam de forma isolada. As condições de saúde das classes pobres eram péssimas e não refletiam o crescimento econômico que o país apresentara nos últimos anos. A crescente insatisfação política desencadeou um processo de instabilidade social que obrigou o Estado a voltar um pouco sua atenção aos problemas mais básicos da população. É a partir daí que, na tentativa de oferecer uma medicina curativa para os mais carentes, começa a ser implementada no Brasil uma proposta de medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo, e valorizava os aspectos preventivos da saúde. Nesta política de saúde, são criados vários postos e centros de saúde em muitas regiões e cidades periféricas dos grandes e médios centros de desenvolvimento. Nestes espaços, os profissionais de saúde se viram diante da necessidade de atuar próximos da realidade das pessoas que eles atendiam e passaram

a se integrar na dinâmica da vida das classes populares. (VASCONCELOS, 1997)

O lento processo de abertura política do país se deu a partir da segunda metade da década de 1970. Sem partidos e sindicatos onde se aglutinar para resistir e construir um novo modelo para a sociedade, a população busca novas formas de se organizar. A Igreja Católica, em virtude das formulações dos teóricos da teologia da libertação e por escapar em alguns aspectos da rede direta de repressão mobilizada pelo Estado, foi uma das instituições que permitiu a reunião de pessoas com objetivos transformadores e possibilitou trocas de experiências entre diversas áreas do conhecimento e segmentos da sociedade. Neste período, foram muitos os movimentos aos quais os profissionais de saúde se engajaram, vários deles baseados em uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade, inspirados nos conceitos da educação popular, sistematizados inicialmente por Paulo Freire e depois se abrindo toda uma área de produção de conhecimentos vinculados às suas práticas, denominada educação popular em saúde. (VASCONCELOS, 2008)

O processo de reforma sanitária se deu através de várias lutas políticas e institucionais que se intensificaram durante toda a década de 1980, contando com a participação de vários profissionais que haviam desenvolvido experiências inovadoras na organização da atenção à saúde, muitos dos quais passaram a ocupar posições de gestão em algumas administrações públicas mais progressistas. Este movimento também contou com a colaboração de algumas lideranças políticas e de organizações da sociedade civil.

No ano de 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco político e teórico do processo de reestruturação da saúde pública da década de 1980. A partir das propostas surgidas lá, criou-se, em 1987, o Sistema

Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que garantiu atendimento universal nos serviços de atenção básica e rede de hospitais públicos e conveniados, iniciando um processo de descentralização de poder e desconcentração de recursos ao fortalecer as gestões estaduais. (MERHY, 2002a; ELIAS, 1999)

A Constituição Federal de 1988 afirma, no seu artigo 196, a saúde como um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a garantam. (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988) Com ela, é criado o Sistema Único de Saúde, o qual foi regulamentado através da Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que definia entre os princípios e diretrizes do SUS: universalidade e equidade do acesso; integralidade da atenção; participação da comunidade na gestão do sistema; descentralização político-administrativa com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Alguns aspectos de sua regulamentação passaram por vetos presidenciais, e foram revistos a partir da Lei Federal n.º 8142, ainda em 1990, em especial os que tratam da participação popular na gestão e controle do sistema.

A década de 1990 seria de lutas pela efetiva implementação e expansão do SUS e foi marcada por várias conferências de saúde municipais, estaduais e nacionais, além da regulamentação mais detalhada da estrutura e funcionamento do SUS através de inúmeras portarias, leis e das normas operacionais básicas. (ELIAS, 1999)

Em 1991, profissionais de saúde, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diversas experiências que se baseavam nos princípios da educação popular se organizaram em torno da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que foi constituída no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, que

ocorreu em São Paulo. Em 1998, a Articulação muda de nome para Rede de Educação Popular e Saúde, a qual passa a representar um espaço importante de integração política, de troca de experiências e de formulação de teorias e de propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde. Segundo Stotz, David e Wong-Un.

A unidade de propósitos dos participantes do movimento consiste em trazer, para o campo da saúde, a contribuição do pensamento freiriano, expressa numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população. É importante ressaltar, na identidade do pensamento de Paulo Freire e a dos participantes do movimento de educação popular e saúde, a convergência de ideologias aparentemente díspares, quais sejam, o cristianismo, o humanismo e socialismo. (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005, p. 53)

No ano de 2003, com o auxílio do Ministério da Saúde no primeiro ano do governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva, realizou-se uma nova configuração entre os movimentos sociais que se articulavam em torno da luta pela saúde. Com uma parceria com a Rede de Educação Popular e Saúde, entre diversos sujeitos políticos, realizaram-se encontros estaduais que culminaram em um encontro nacional no qual se constituiu a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, que ficou conhecida por ANEPS. (PEDROSA, 2007)

A Rede de Educação Popular e Saúde continuou a existir de forma autônoma e, a partir de articulações provenientes de seus membros, também constitui-se a Rede de Estudos sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde e na Educação Popular. Esta rede agrega sujeitos que,

participando ou não das outras articulações, se interessam em aprofundar-se na temática da espiritualidade em saúde.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem apresentado setores específicos para construção de políticas e incentivo a atividades no campo da educação popular em saúde e também foi criado um grupo de trabalho específico junto à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, órgão que congrega as entidades acadêmicas brasileiras que produzem no campo da saúde coletiva. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; VASCONCELOS, 2004)

Até que em novembro de 2013, é publicada pelo Ministério da Saúde a portaria 2.761, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Tal política apresenta os seguintes princípios: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada do conhecimento; a emancipação; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Como eixos estratégicos, essa política define: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersectorialidade e diálogos multiculturais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Este sucinto resgate histórico se fez no intuito de demonstrar que, mais do que sujeitos que produzem uma reflexão acadêmica, no campo da educação popular em saúde, nos deparamos com coletivos que vêm desenvolvendo intensa militância política e social. Para muito além disto, são coletivos que apresentam grande dinamicidade e que têm a capacidade de constituir redes de articulação poderosas em suas capilaridades. Nestes movimentos, foram sendo formuladas novas maneiras de se compreender e de realizar processos educativos no setor saúde.

A educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para parte relevante dos autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas destas doenças e a se organizar para superá-las. (VASCONCELOS, 1997)

A educação popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos. Estes saberes vão sendo construídos pelas pessoas à medida que elas vão seguindo seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. Algumas perspectivas da educação popular fazem uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à medida que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história. (VASCONCELOS, 2004; FREIRE, 1996)

Segundo alguns autores, a educação popular, além de levar à inclusão de novos atores no campo da saúde, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber da população. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004) A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente. Segundo diversos autores, esta proposta torna-se cada vez mais necessária, à medida que vem sendo produzido um distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, fazendo com que uns não compreendam o modo que os outros operam. A educação popular em saúde, em determinadas perspectivas, tem como balizador eticopolítico os interesses das classes populares, cada vez mais heterogêneas, considerando

os movimentos sociais locais como seus interlocutores preferenciais. (VASCONCELOS, 1998; 1997)

Diversos autores da educação popular em saúde buscam não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas. Para estes autores, ela representa um modo brasileiro de se fazer promoção da saúde. (VASCONCELOS, 2004)

Atualmente, a convivência nos serviços de saúde e os meios de comunicação de larga escala têm representado as grandes conexões que permitem o desenvolvimento de relações educativas entre os trabalhadores de saúde e a população. (VASCONCELOS, 2008)

- Contribuições da educação popular para a educação em saúde

As análises realizadas a partir da educação popular apontam para a leitura de que a medicina não tem se dedicado a compreender os saberes, estratégias e significados que as classes populares desenvolvem diante dos processos de adoecimento para, a partir daí, estruturar modos de agir que integrem o saber popular e os conhecimentos tecnicocientíficos. Via de regra, ou se confia no bom senso do profissional de saúde ou se produzem trabalhadores específicos para desenvolver medidas sanitárias desarticuladas dos atendimentos individuais, gerando pouco impacto na situação de saúde dos coletivos. Contrapondo-se a isto, a educação em saúde tem sido o setor que tem feito buscas no sentido de superar tais práticas, desenvolvendo diversas estratégias de diálogo entre os pensares e fazeres da população e dos profissionais de saúde. (VASCONCELOS, 2008)

Entretanto, hegemonicamente, as ações de educação em saúde têm se apresentado como importantes instrumentos de dominação e de responsabilização dos indivíduos pelas suas condições de vida. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004) Para superar tal situação, propõe-se reorientar as práticas de saúde, de modo que a educação em saúde deixe de ser apenas mais uma oferta pontual dos serviços para ser algo inerente às suas práticas, construindo assim a participação popular no seu cotidiano. (VASCONCELOS, 2008; 2004)

Para Valla, Guimarães e Lacerda (2006), a rede pública de serviços de saúde existente é muito importante para a manutenção da saúde das classes populares, e isso é reconhecido por elas; entretanto, segundo estes autores, há também a concepção de que muitas questões essenciais à sua saúde não podem ser solucionadas nestes serviços quando funcionam do modo como tradicionalmente eles têm se estruturado.

Neste contexto, afirmam que a população vem apontando outras formas de se organizar para solucionar seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e construir formas terapêuticas de cuidado integrais. Os usuários têm, cada vez mais, buscado práticas tidas como “alternativas” que permitam compreendê-los e impactar em melhorias de saúde de forma integral. E embora existam diversas práticas que se colocam com tal perspectiva, muitas delas não estão disponíveis nos serviços de saúde ou estão apenas à disposição de parcelas mais abastadas da população. Por isso, tornar-se-ia importante compreender e valorizar o modo como estas classes vêm construindo suas alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde através de diversas estratégias. (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; LACERDA; VALLA, 2005a)

Nesta perspectiva, a postura do profissional de saúde para com a medicina popular deveria ser de respeito e diálogo, identificando e apontando situações que se tem conhecimento de malefícios causados à população por algumas técnicas e medicamentos populares, mas valorizando as práticas que representam uma sistematização de conhecimentos que vão se acumulando ao longo de várias gerações. Seria relevante salientar o papel de diversos agentes informais de saúde, os quais apresentam grande respaldo popular e que portam saberes baseados em uma forte cultura, a qual se aprende na dinâmica social. Estes atores podem apresentar alto poder educativo, como os erveiros, as parteiras e as rezadeiras; entretanto, há pessoas que buscam ganhos financeiros, como renomados balconistas de farmácias e práticos odontológicos, que podem ser orientados para evitar danos à população corrigindo eventual má técnica. (VASCONCELOS, 1997)

Práticas como o uso de chás têm sido bastante comuns em áreas de serviços de atenção básica, sendo compreendidas como medidas de autocuidado, com grande autonomia da população para isto. (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006) Além de seu caráter terapêutico, segundo Celerino Carriconde, o uso de plantas medicinais apresenta relevância: a) *antropológica*, por resgatar os saberes populares e, assim, elevar a autoestima de populações, muitas vezes, marginalizadas; b) *pedagógica*, por permitir a instituição de uma relação dialógica entre trabalhadores de saúde e usuários que dominam os usos destas plantas medicinais; c) *econômica*, permitindo o acesso ao medicamento fitoterápico; d) *ecológica*, garantindo a manutenção de plantas que em muitas situações vêm sendo eliminadas pelas plantações com interesse meramente lucrativo. (CARRICONDE, 2002) A este conjunto de valores, acrescento aqui a sua *relevância social e política*, pois, para conseguir as plantas, geralmente, as pessoas as procuram

junto aos seus vizinhos, fortalecendo a rede de apoio social e permitindo a discussão sobre o adoecimento e estratégias de sua superação na e pela comunidade.

A relação de diálogo diante de práticas como a fitoterapia é relevante, pois identificando os usos das plantas por parte da população, os profissionais podem enriquecer seus arsenais terapêuticos; ao mesmo tempo, podem orientar algumas incorreções no manejo de plantas medicinais que já foram cientificamente comprovadas, como efeitos adversos e contraindicações de determinadas substâncias. Esta relação permitiria o surgimento de um terceiro saber, fruto da interação entre os conhecimentos dos profissionais de saúde e da população. (MEDEIROS; CABRAL, 2001)

Outra ação educativa muito comum são as palestras, modo mais frequente de realização de práticas coletivas em serviços de saúde. Elas precisariam ser reorientadas para que, ao invés do repasse de normas e orientações de higiene e boas condutas, tais iniciativas se apresentassem como oportunidades de diálogo entre trabalhadores e usuários, onde os aspectos coletivos da dinâmica comunitária pudessem ser enfatizados. (VASCONCELOS, 1997)

A formação de grupos de pessoas com determinadas características que as aproxima, seja uma condição de vida, como pertencer a certa faixa etária, ou ser portador de determinada doença, é estratégia também comumente utilizada para desenvolver processos de educação nas unidades de saúde. Em algumas situações, sendo interessante, por exemplo, estruturar um curso sobre determinada temática como mote para se iniciar um grupo com as pessoas envolvidas nestas atividades. (VASCONCELOS, 1997) Um caso típico é a realização de cursos de gestantes que terão seus primeiros filhos, para trocar experiência com mulheres experientes e, a partir

daí, desenvolver um processo de discussão das condições comuns entre estas mulheres. Nem todos os grupos, entretanto, encerrariam a mesma capacidade educativa. Seria preciso, para criar um grupo, primeiro identificar os interesses que mobilizam e os problemas mais relevantes de uma população. Nos grupos organizados a partir de patologias específicas, sua força estaria não no foco na doença, e sim na circulação de emoções, nas trocas que se efetuam no compartilhamento de medos, tristezas, dores e afetações de diferentes modos que se desenvolvem no processo de adoecimento e cura. A circulação destes afetos favoreceria o fortalecimento dos laços e vínculos sociais. (LACERDA; VALLA, 2005a)

Uma estratégia muitas vezes vista como interessante é a exposição na, unidade de saúde, de fotos em que se identificam problemas ou onde se registram atuações coletivas da população para resolver determinados problemas, como um mutirão. Em outros casos, expor frases de pessoas da comunidade que tenham a ver com alguma característica da dinâmica social local. Tais medidas visam estimular as pessoas a pensarem e dialogarem quando vêm à unidade de saúde, quaisquer que tenham sido os motivos que as trouxeram. (VASCONCELOS, 1997)

Estratégias de realização de diagnóstico e planejamento participativos das ações de saúde podem ser vistos como relevantes para mobilização e conscientização da população, mas também como necessários para que a perspectiva dos moradores possa corrigir distorções frutos da lógica tecnicista, que muitas vezes leva a equívocos relevantes por parte dos profissionais de saúde. Neste sentido, o diagnóstico e planejamento participativos representariam uma possibilidade de ampliação do diálogo entre o saber popular e o saber tecnicocientífico. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

Em relação às ações coletivas realizadas fora do serviço de saúde, afirma-se que elas variam desde as mais “técnicas” até as mais “políticas”. Nelas, as equipes de saúde podem ter caráter mais diretivo ou serem praticamente convocadas pela população para participar. Quanto mais autônomas e mais voltadas para processos coletivos da dinâmica de vida, geralmente, mais politizada estaria a população. Entretanto, como as ações coletivas, independentemente de quem as coordena ou do que as motiva, podem tanto promover desenvolvimento social como dificultá-lo, seria importante que fossem bem preparadas e que se tomassem os encaminhamentos adequados para que se desenvolva seu potencial educativo. Geralmente, os grupos que são formados pela população se apresentariam com características de prestadores de serviços, de ações reivindicatórias ou de realização de mutirões. (VASCONCELOS, 1997) Uma possibilidade desafiadora seria atuar na perspectiva do duplo caminho onde, ao mesmo tempo em que se reivindica e se responsabilizam os governantes, tenta se solucionar os problemas com os recursos que consegue mobilizar autonomamente. (VALLA, 1999)

Progressivamente, entretanto, a criação de grupos e movimentos específicos de saúde foi deixando de ser a estratégia prioritária desenvolvida pelas classes populares, passando a ser mais comum a estruturação de grupos que discutem o tema da saúde diversificando a atuação dentro de organizações mais amplas das classes trabalhadoras. (VASCONCELOS, 1997)

Um desafio que se reconhece é que, além da atuação junto aos grupos da população, muitas vezes, se faz necessário que as equipes de saúde desenvolvam ações políticas junto a instituições locais e lideranças políticas; sejam as que podem estar relacionadas com o

desenvolvimento da comunidade, ou então as que têm o papel de manter o serviço para viabilizar o seu adequado funcionamento. A relação com estas lideranças deveria ser respeitosa, ao mesmo tempo em que se precisaria ter clareza dos processos em negociação, a fim de evitar a manipulação das atividades dos serviços públicos de saúde por parte de grupos políticos com interesses privatistas. (VASCONCELOS, 1997)

Um importante meio de comunicação que é proposto para ampliar a interlocução com a população é o rádio. Além de apresentar elevado alcance, permitindo atingir um grande público de uma só vez, principalmente nas populações mais pobres, geralmente as emissoras de rádio estão acessíveis aos profissionais de saúde e permitem o diálogo com o ouvinte, dinamizando, articulando e aproximando o processo educativo da realidade das populações. (VASCONCELOS, 1997) Esta estratégia tende a se tornar mais potente em virtude da grande expansão das rádios comunitárias ocorrida, nos últimos anos, em todo o país.

Uma das ações vistas como relevantes para permitir o diálogo e troca de saberes é a realização ou participação em mobilizações que estão ligadas diretamente ao lazer e à interação social, como a organização de festas e eventos comemorativos, bingos, entre outras atividades. Tais ações fortaleceriam a felicidade como projeto de vida para populações que, geralmente, têm muito pouca oferta deste tipo nas áreas onde moram, e demonstrariam uma abertura da equipe para ampliar a concepção de saúde com que atua. (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006) Brinquedotecas, clubes da terceira idade, rádios comunitárias, oficinas de arte, música e dança, exibição de vídeos, teatros de mamulengo e de rua são algumas das ações no setor da cultura popular vistas como iniciativas

que poderiam potencializar atividades na perspectiva da educação popular em saúde e que vão para muito além dos muros dos serviços de saúde. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

- A educação popular em saúde ajudando a compreender e lidar com as iniciativas autônomas da população: as redes de apoio social no território

Para diversos autores, problemas como o desemprego, a precarização das relações de trabalho, a iniquidade na distribuição de renda, a violência e a retração de redes sociais contribuem para a intensificação de um ciclo que gira em torno da pobreza, isolamento e adoecimento e têm levado ao desenvolvimento de um certo sofrimento difuso na população. Este sofrimento difuso estaria elevando a demanda de atenção à saúde e demonstrando os limites do atual modo de se estruturar a atenção à saúde no Brasil. (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; LACERDA; VALLA, 2005b) A atuação dos profissionais de saúde que se baseia na realização de procedimentos vem produzindo uma limitada oferta de ações para lidar com os problemas complexos que se apresentam. (LACERDA; VALLA, 2005a)

O sofrimento difuso se caracterizaria por “uma sensação de mal-estar generalizado com uma diversidade de sintomas, tais como irritabilidade, insônia, nervosismo, ansiedade, angústia, dores no corpo, acrescido da falta de perspectiva de vida.” (LACERDA et al., 2007, p.250) Uma das condutas mais comumente utilizadas diante destas situações é a medicalização (tratando com benzodiazepínicos, por exemplo), o que não resolve o problema, leva à cronificação do quadro clínico, apresenta uma série de efeitos adversos e não permite a explicitação dos problemas de base,

dificultando ainda mais o desenvolvimento de estratégias coletivas de superação dos problemas.

De acordo com Victor Valla (apud LACERDA; VALLA, 2005a), os profissionais de saúde precisam reconhecer que, diante da dificuldade de se lidar com situações de sofrimento difuso, “a crise de interpretação é nossa”. Para este autor, por partirmos de ideias preconcebidas que consideramos portadoras de verdade, não escutamos adequadamente as falas da população, não nos atemos aos seus discursos e não nos abrimos a compreender o modo como operam seus saberes. Colocando nossos conhecimentos científicos - e não a vida dos sujeitos - como centro do processo de trabalho, estaríamos construindo modos de operar o trabalho em saúde que se desconectam da realidade vivida pelas classes populares. (VASCONCELOS, 2008; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; LACERDA; VALLA, 2005a; 2006)

Tornar-se-ia essencial compreender a dinâmica do que a própria população tem estruturado em suas estratégias autônomas de produção de vida, evitando julgamentos morais por parte dos profissionais de saúde. Nos últimos anos, por exemplo, as igrejas evangélicas têm representado uma das buscas mais comuns realizadas pelas classes populares. Ao mesmo tempo em que as igrejas podem estar relacionadas a práticas indesejáveis de disciplinarização e controle (FOUCAULT, 2004a; DELEUZE, 1992), em certas situações, para alguns autores, elas também se apresentariam como lugares: em que as pessoas podem ser acolhidas e cuidadas; que trabalham com as emoções e afetos, gerando sensação de pertencimento a coletivos; em que se constroem redes de solidariedade capazes de resolver problemas de âmbito financeiro e afetivo; onde se afirmam relações que se baseiam em valores às vezes contrários aos interesses gerais da sociedade capitalista

que os oprime e com os quais os sujeitos não querem se identificar; também, onde se consegue encontrar explicações para as coisas desordenadas e que passam a dar sentido às suas vidas. (LACERDA et al., 2007; 2006; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; VASCONCELOS, 2006a; LACERDA; VALLA; GUIMARÃES, 2005) Lacerda, Valla e Guimarães (2005) chegam a identificar várias semelhanças entre os trabalhos desenvolvidos nas classes populares pelos pastores evangélicos e os papéis que vêm desempenhando os agentes comunitários de saúde das equipes de saúde da família. Sendo assim, seria importante construir diálogo com os agentes religiosos presentes nos grupos sociais, independentemente da opção religiosa do profissional de saúde. É relevante identificar o modo como estas instituições religiosas podem ou não representar e fortalecer buscas de melhorias para a vida das pessoas e produzir as parcerias necessárias para minimizar possíveis propostas que tendam a dificultar a construção de alternativas coletivas para os problemas de saúde da população. (LACERDA; VALLA; GUIMARÃES, 2005; VASCONCELOS, 1997)

Lacerda e Valla (2005a) consideram o apoio social como um trabalho que busca o autocuidado ou o desenvolvimento de ambientes saudáveis, como uma das dimensões de práticas ou de sistemas de saúde que se orientam através da perspectiva da promoção da saúde. No conceito de apoio social, agrega-se um conjunto de atividades que podem ter resultados favoráveis no enfrentamento dos problemas de saúde-doença, e que se estruturam através de diversas relações solidárias que se estabelecem entre os sujeitos. Essas relações podem se desenvolver ao se mobilizarem sistematicamente o conjunto de recursos emocionais, materiais e de informação a partir de relações íntimas e familiares ou até em grupos sociais maiores. As várias estratégias que desenvolvem o apoio social buscam ajudar na constituição de sujeitos que tenham capacidade de definir

os rumos de suas próprias vidas, de ampliar sua autonomia. Esta situação leva os sujeitos a terem maior possibilidade de responder aos fatores estressantes e passam a lidar melhor com as adversidades da vida, levando a melhorias na saúde física e mental. Ao trabalhar com a concepção de que a origem das doenças, bem como a sua superação, necessariamente, está relacionada com as emoções que são mobilizadas pelos sujeitos, o apoio social se suporta em abordagens que privilegiam a totalidade corpo-mente, não considerando estas como dimensões distintas dos sujeitos. O apoio social apresenta caráter de reciprocidade, trazendo efeitos favoráveis para todos os envolvidos, estejam aparentemente oferecendo ou recebendo o apoio, fortalecendo a compreensão de que as pessoas necessitam umas das outras para construir relações de cuidado integrais. (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; LACERDA; VALLA, 2005a; VALLA, 1999)

Nesta perspectiva, o apoio social se desenvolveria e se potencializaria através da articulação em uma rede social, que se configura através de uma teia que agrega e conecta os indivíduos; uma teia de vínculos sociais que permite a circulação dos recursos tangíveis e intangíveis mobilizados pelo apoio social. O apoio social desenvolvido em redes de solidariedade possibilitaria o fortalecimento da singularidade dos sujeitos e os tensionaria a serem portadores de projetos para a própria vida, além de que reforçaria laços que criam uma sensação de pertencimento coletivo, melhorando sua saúde de modo integral em âmbito individual e coletivo. (LACERDA; VALLA, 2006; 2005)

Reconhece-se que as redes de apoio social, geralmente, se desenvolvem a partir de articulações autônomas dos usuários; mesmo assim, os profissionais de saúde poderiam potencializar o apoio social: ajudando a desarticular redes sociais prejudiciais; identificando as

redes sociais que circundam os usuários e estão envolvidas no seu adoecimento ou podem ser utilizadas para facilitar o enfrentamento de seus problemas; fortalecendo redes sociais positivas existentes; estimulando a configuração de novos arranjos coletivos entre a população e os recursos disponíveis. Tais atitudes ajudariam no processo terapêutico ao tornar conscientes, para os usuários, processos muitas vezes não identificados pelos mesmos, e permitir aos profissionais atuar em campos ainda não explorados em sua intervenção. Dependendo da complexidade do problema, os próprios profissionais de saúde também precisariam estar articulados em redes que ampliassem o cuidado aos usuários e seus familiares. (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; LACERDA; VALLA, 2005a; VALLA, 1999)

Sendo assim, a relação profissional de saúde-usuário poderia ser compreendida como produtora de apoio social, seja como apoio informativo ou apoio emocional. (LACERDA; VALLA, 2005a) O apoio informativo se estrutura na relação dialógica que se estabelece no trabalho em saúde, enquanto o apoio emocional se desenvolve a partir do modo como se configuram as relações a partir das atitudes do profissional diante do usuário. Na verdade, ambas dimensões do apoio estão intrinsecamente articuladas, pertencendo a um mesmo processo, e elas poderiam ser potencializadas quando o profissional centra suas ações não nos conhecimentos que domina, e sim nas tecnologias leves do trabalho vivo operando em ato. (MERHY, 2002b) Tratar-se-ia de permitir que os afetos e afetações desencadeadas na relação fizessem parte e orientassem as condutas do profissional de saúde. (LACERDA; VALLA, 2005a)

A Terapia Comunitária é uma técnica de trabalho com grupos que se baseia no relato da história de vida dos participantes e do modo como cada um lida com suas dificuldades do cotidiano. Para alguns autores, o relato

e a escuta atenta permitiria que as emoções circulassem e fossem ressignificadas pelos sujeitos, fortalecendo-os e os processos coletivos em que se inserem. A Terapia Comunitária integraria, assim, as ações de prevenção e promoção à saúde que tomam como foco o sujeito e não as doenças. (LACERDA et al., 2007) Entretanto, é importante salientar que práticas de Terapia Comunitária não podem ser desenvolvidas de forma desarticuladas de outros modos de luta social, para evitar que seu resultado seja mera resignação ou culpabilização dos sujeitos.

Na análise de Lacerda e Valla (2005b), o apoio social se aproxima do paradigma “sistema da dádiva”, que se estrutura na obrigatoriedade da tríade dar-receber-retribuir, fazendo com que os bens materiais e simbólicos possam fluir em trocas sistemáticas entre os diferentes laços e vínculos das redes sociais que se constituem.

- Para fazer avançar a educação popular nos serviços de saúde

Alguns autores que produzem na perspectiva da educação popular em saúde reconhecem que há muitos avanços no sentido de ela se desenvolver junto aos serviços de saúde; entretanto, tais avanços não teriam ainda sido suficientes para mudar o modo como o modelo hegemônico vem sendo implantado, pois seria necessário que existissem mais do que apenas alguns trabalhadores desempenhando este papel. (VASCONCELOS, 2004) Haveria, entre os profissionais de saúde, a compreensão de que não é preciso aprender a fazer educação em saúde, bastando para tanto o seu conhecimento clínico; somar-se-ia a isso a pouca oferta de formação e de processos de educação permanente no conjunto dos municípios, fruto da

inexistência de política com tal finalidade. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004) Tal situação estaria limitando o avanço das ações de educação popular em saúde. Seria necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde que considerassem a educação popular como método nas suas formações. (VASCONCELOS, 2004)

É feita a crítica de que, muitas vezes, as experiências de educação popular em saúde são desenvolvidas apenas por iniciativa dos profissionais, sem que houvesse uma política específica de indução por parte dos gestores municipais, chegando mesmo a ocorrer resistências por parte destes. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004) Diante destas situações, seria importante construir estratégias de disputa dos distintos projetos políticos junto à sociedade. Tal caminho se torna ainda mais difícil, entretanto, quando encontramos os trabalhadores com vínculos empregatícios precários, por fragilizar estes atores diante dos que ocupam posição de governo; infelizmente, esta situação é extremamente comum em diversas localidades do país.

A tentativa de incorporar a educação popular à atenção à saúde nos grandes centros urbanos tem enfrentado tanto o poder político como o econômico dominante, hegemônicos na lógica de funcionamento dos serviços de saúde, como a injusta distribuição de recursos por parte do Estado, que na maioria das vezes não privilegia os setores sociais. (VASCONCELOS, 2008) A expansão da educação popular em saúde exigiria que, aos movimentos desencadeados pelos trabalhadores nos serviços de saúde, se somassem iniciativas de gestores nas três esferas de governo. (VASCONCELOS, 2004)

A gestão do cuidado em saúde na obra de Eymard Mourão Vasconcelos

Nesta seção, apresento a sistematização da produção sobre gestão do cuidado em saúde presente na obra de Eymard Mourão Vasconcelos; como já afirmado anteriormente, concentro a análise sobre as publicações realizadas entre os anos de 1994 e 2009. Antes de entrar nas suas formulações, entretanto, considero necessário delimitar alguns aspectos sobre a maneira como este autor se relaciona com sua produção e, em seguida, explicitar um pouco mais alguns elementos para que fique clara a perspectiva contida nesta seção.

Inicialmente, quero salientar que Eymard não se coloca, em nenhum dos seus escritos, como um pesquisador “asséptico”. Em tudo que escreve, explicita sua vinculação com os interesses do que ele, geralmente, denomina por classes populares. Mas, para além desta demarcação política, neste momento, é importante salientar que ele é um pesquisador que toma sua própria implicação como elemento para análise e produção de conhecimentos.

Em seu texto “o conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido”, Emerson Merhy discorre sobre a necessidade de se produzirem novos modos de construir e validar o conhecimento. Ele chama atenção para o fato de que há dois modos em geral de se lidar com a produção do conhecimento: o sujeito se protege ou se isola do seu estudo atrás de um referencial epistemológico e metodológico, ou então, na outra perspectiva, ele assume que não há isolamento possível, reconhecendo que as opções são mediadas pela visão de mundo dos pesquisadores. Entretanto, tais possibilidades não têm conseguido responder a um conjunto de estudos em que o pesquisador é parte do que está estudando e a

própria pesquisa vai modificando o que ele estuda. Diante destas situações, propõe que se coloquem as implicações dos sujeitos como parte central do desenvolvimento de alguns estudos, os quais reconheceriam esta singularidade, não se propondo a validar sua produção a partir de um conjunto de aproximações metodológicas a um determinado saber epistemologicamente legitimado. Tais estudos exigiriam que os sujeitos implicados debatessem as suas contribuições a partir de seu lugar de militante pesquisador que tenta ofertar ferramentas para outros militantes, pesquisadores ou não, que compartilham suas perspectivas ou que estão com ele implicados na construção daquilo que se está estudando. (MERHY, 2004) De maneira muito próxima ao que pretende Alcindo Ferla: “que a própria prática, ao invés de viés de pesquisa, possa tornar-se, no tensionamento com a teoria, uma *ferramenta para o revezamento teoria e prática.*” (FERLA, 2007, p.19, grifos do autor)

Considero que Eymard consegue, em suas produções, desenvolver este tipo de conhecimento militante do sujeito implicado, defendido por Emerson Merhy e por Alcindo Ferla. A partir de suas vivências, extrai reflexões que alimentam parte do que de melhor se produz no campo da educação popular em saúde no Brasil.

Outro elemento a salientar é que Eymard produz reflexões, na maioria das vezes, procurando instrumentalizar os profissionais para compreenderem melhor e lidarem com a dinâmica de vida das classes populares. Isto em virtude de um compromisso éticopolítico, por ter a educação popular como orientadora metodológica, bem como por boa parte dos seus textos estar destinada a trabalhadores que atuam na atenção primária, cujos serviços estão, na maior parte das ocasiões, direcionados para o atendimento das populações mais carentes. Estas três características, obviamente, são interdependentes, embora seja viável (e até necessário),

por exemplo, trazer diversas reflexões que Eymard oferta para se pensar o trabalho em outros serviços, como em hospitais ou ambulatórios de especialidades.

Eymard também procura compreender os discursos que os profissionais tendem a desenvolver em relação aos pobres. Ele salienta que, entre os profissionais que não entram em disputa direta, que não apresentam discursos agressivos contra os pobres, predominam concepções em que estes são vistos ou como culpados pela situação em que vivem, ou mesmo como vítimas, como coitados. Assinala uma tendência dos “profissionais de saúde com alguma formação em ciências sociais em assumir discursos excessivamente genéricos pelo não-desenvolvimento de reflexões intermediárias que vinculem as ideias mais abstratas aos aspectos cotidianos da prática de saúde.” (VASCONCELOS, 2008, p.208) Não é incomum encontrarmos discursos radicais em relação à necessidade de se agir sobre a globalidade dos problemas; entretanto, Eymard identifica que tais discursos, não raramente, servem para encobrir a indisposição em atuar em dimensões acessíveis dos problemas. Todas estas atitudes para com os pobres, de maneiras distintas, acabam por desqualificá-los, tomam-nos indistintamente.

Quanto à maneira como vê a relação entre a população e os trabalhadores de saúde, ele não se posiciona num lugar da mera defesa teórica do pobre em qualquer situação. Para ele, faz-se necessário compreender com mais profundidade as mudanças que vêm ocorrendo na vida das classes populares, visto as análises tradicionais estarem se apresentando insuficientes. Para ele, o profissional precisa compreender que a própria população é capaz de organizar e sistematizar pensamentos complexos sobre a realidade em que vive, ao mesmo tempo em que é preciso identificar quando há erros por parte da população. (VASCONCELOS, 2008)

Em relação aos conceitos que serão trabalhados nesta seção, vale salientar que, no período de 15 anos que orientou a seleção de materiais para esta pesquisa, muitos deles foram sendo modificados, outros lapidados, e alguns até foram nascendo. Um exemplo disto pode ser visto ao se observar os temas centrais de dois relevantes livros deste autor. Um primeiro é o livro *Educação popular e atenção à saúde da família*, que é fruto de uma adaptação da sua tese de doutorado, publicado em primeira edição em 1999 (neste estudo tendo sido utilizada sua 4ª edição, publicada no ano de 2008). Nesta obra, a espiritualidade não é uma questão de reflexão para Eymard. Aparece até alguma citação pontual sobre o papel da religião nas classes populares, mas não se pode dizer que havia, naquela época, uma teoria explícita sobre a espiritualidade no trabalho em saúde na produção deste autor. Já em seu estágio de pós-doutorado, Eymard sistematizou as formulações que ele, e outros pensadores, vêm fazendo sobre o tema da espiritualidade no trabalho em saúde. Como principal resultado deste processo de formação, destaca-se um livro. (VASCONCELOS, 2006a) onde, além de um longo capítulo fruto de seus estudos, ele agregou outras contribuições de pesquisadores de diferentes perspectivas teóricas sobre esta temática. Quando se compara o que há de relevância e de sistematização desta discussão nestas duas publicações, fica evidente que a produção mais recente é fruto de um pensamento que foi sendo desenvolvido, que não existia na primeira obra, e que foi arduamente sendo trabalhada ao longo dos anos.

Embora reconheça tal caráter em relação a alguns conceitos presentes nas fontes utilizadas, em boa parte das reflexões que se seguem, não priorizei uma análise cronológica das questões colocadas. Tentei categorizar os elementos mais relevantes segundo proximidade temática e, dentro de cada uma destas categorias, associar

formulações que tinham afinidade, mesmo que produzidas em contextos diferentes. Em algumas situações, quando considero necessário, faço questão de delimitar o contexto em que determinados conceitos foram sendo criados.

Como última observação, deixo claro que não pretendo fazer apenas uma exposição ordenada das concepções de Eymard, pois, para isto, é melhor que se leia diretamente as obras do próprio. Considero que ele consegue, através das reflexões alimentadas pela perspectiva da educação popular, atingir graus de sofisticação em relação a formulações sobre o mundo do cuidado em saúde difíceis de serem encontrados em outros autores. Entretanto, embora ele reflita sobre tais aspectos, identifico que chega a pontos em que não se avança mais ainda por se deparar com questões que a educação popular é insuficiente para responder. Para ficar em apenas uma identificação, abordo a necessidade de se compreender de maneira mais ampla a riqueza dos afetos presentes nas relações inerentes ao trabalho em saúde, onde a educação popular não consegue ofertar ferramentas suficientes, como o próprio Eymard reconhece. (VASCONCELOS, 2008, p.121)

Diante disto, acredito que suas formulações poderiam ser enriquecidas se desenvolvessem diálogos com autores que não se encontram entre as referências tradicionalmente utilizadas pelos autores da educação popular. Uma perspectiva semelhante foi apontada, porém não desenvolvida, na observação de Gastão Wagner de Sousa Campos, ao identificar que outras correntes de pensamento, fundamentadas em múltiplas perspectivas teóricas, apresentam preocupações e constroem ofertas semelhantes às apresentadas por Eymard, que se fundamenta, prioritariamente, na educação popular e em Paulo Freire. Entre outros possíveis, Gastão destaca Gramsci, pensadores da esquerda democrática, o movimento de

reforma da saúde mental e o movimento institucionalista, cada um apresentando contribuições, em alguns aspectos, que dialogam com as formulações de Eymard. (CAMPOS, 2008)

Algumas destas características salientadas aqui serão mais fáceis de serem delimitadas após a leitura do texto, a partir da explicitação da “máquina conceitual” construída pelo autor. Ao final da seção, retorno sobre algumas delas, para precisar melhor o papel relevante que apresentam na estruturação do pensamento ofertado por este autor.

Sem ter a pretensão de esgotar o conjunto de possibilidades que podem ser abertas nesse sentido, até o final desta seção, coloco algumas perspectivas de diálogo entre as questões levantadas por Eymard e as produções de autores com quem ele não realiza uma interlocução direta em seus textos. De certa forma, é uma aproximação em dois sentidos, visto que boa parte dos autores que tomo como referência para dialogar com as formulações de Eymard também não o têm entre as suas referências para discutir o cuidado em saúde, em virtude de suas produções serem mais identificadas como relacionadas às reflexões sobre educação em saúde. Acredito que as aproximações entre as perspectivas que estou propondo seriam enriquecedoras para as diversas formulações que tento articular neste trabalho.

- Educação popular e o cuidado em saúde

Um primeiro aspecto da obra de Eymard que quero destacar, e que é a base para tudo o que será discutido posteriormente nesta seção, se remete à concepção que este autor desenvolve sobre o cuidado à saúde, a qual vai sendo forjada na lida intensa e comprometida com as

situações vivenciadas junto às classes populares. Eymard acredita que há situações em que os problemas encontrados são muito profundos para serem curados apenas pelo trabalho em saúde, mas não para serem cuidados. Diante de tal constatação, ele faz uma formulação direta e clara do que toma por cuidado:

[...] cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida da família. Cuida-se dessas famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe mas como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares. O apoio familiar não pode ser um último teste para esta família se tornar operativa, mas espaço de vida a mais no qual lhe propiciamos alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida. Fazer-se responsável por membros incapazes de iniciativas próprias e em crise de uma família é evitar seu abandono em nome de uma propalada liberdade que as pessoas teriam para até mesmo não querer cuidar de sua saúde ou da de seus dependentes sem deixar, no entanto, de respeitar suas diretrizes de vida. (VASCONCELOS, 2008, p.153)

Tal formulação se constituiu a partir da análise de experiências de cuidado a famílias vivendo em comunidades de extrema vulnerabilidade, que passavam por situações de intensa crise, e isso, de certa forma, está impregnado na noção que desenvolve. Mesmo reconhecendo tal contexto, consideramos ser este um bom resumo do que este autor toma como referência para propor arranjos para o cuidado, e é a partir de uma análise mais detalhada sobre ele que sigo, como num roteiro inicial, o rumo da exposição, tentando desenvolver um olhar mais aprofundado com o apoio de outras referências.

Para começar, vale debruçar-se sobre a proposição de que “cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço.” (VASCONCELOS, 2008, p.153) Nesta afirmação (que será melhor desenvolvida em algumas de suas consequências logo mais à frente), já se demonstra uma concepção eminentemente política do que se considera por cuidado. Surge uma concepção em que o que importa é colocar-se à disposição das necessidades do outro. Entretanto, este outro, de fato, é muitos outros.

Eymard afirma que, hoje em dia, há uma grande complexidade em relação ao perfil dos sujeitos das classes populares. Sendo assim, não é possível lidar homogeneamente com as pessoas, como se elas apresentassem apenas demandas pontuais e orgânicas. Para se aproximar da cultura de seu paciente, o profissional precisa abordar os sujeitos em suas singularidades. (VASCONCELOS, 1996)

É preciso colocar-se à disposição, romper com a centralidade do papel tradicional do profissional de saúde, e assumir o compromisso de apoiar a família propiciando

“alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida.” (VASCONCELOS, 2008, p.153) Eymard defende que, ao contrário da delimitação de técnicas que definam todas as etapas do processo de trabalho, o mais importante é o compromisso com o outro, sempre trazendo para o centro das preocupações os interesses do outro. Para ele, é fundamental entender como os sujeitos que cuidamos se inserem na sociedade e, a partir de seus projetos, construir o nosso papel de apoiá-los.

Ele considera que a complexidade social deve ser compreendida para ser encarada. Na sua atuação, o profissional deve evitar a imobilização dos sujeitos diante dos desafios impostos pela vida. Para tanto, é fundamental conhecer a realidade com que se lida. Entretanto, no trabalho em saúde, o processo de conhecimento mais profundo da realidade se dá à medida em que se vai intervindo sobre ela. Por isso a necessidade de “ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados.” (VASCONCELOS, 2008, p.153)

E o âmbito de problemas sobre os quais devemos nos debruçar extrapola as dimensões orgânicas das pessoas. Entre outros aspectos, Eymard admite as dimensões afetivas como inerentes ao processo de cuidado; em certa passagem, ele afirma que: “resultados positivos de nossa atuação construíram-se, em grande parte, por elementos afetivos transmitidos por nosso olhar e nossos gestos, fora do controle de nossa intencionalidade profissional.” (VASCONCELOS, 2008, p.121) Ele sustenta que, para cuidar, o profissional deve “responsabilizar-se mesmo não tendo soluções técnicas bem-definidas, não deixando que pessoas, com pouca capacidade de enfrentamento da crise de vida a que estão submetidas, fiquem abandonadas e sozinhas.” (VASCONCELOS, 2006b, p.301) Ao invés das relações disciplinares centradas numa ciência que eventualmente

venha a embasar determinada prática técnica, é um compromisso éticopolítico que deve orientar o cuidado.

Encontro alguns apontamentos neste sentido em autores que propõem uma reconstrução das práticas de saúde tendo centralidade o tema do cuidado. Fica explícita tal aposta, por exemplo, em formulações como a de Ruben Mattos, quando afirma que “o que caracteriza o melhor cuidado é sua contribuição para uma vida decente, e não a sua cientificidade.” (MATTOS, 2006, p.121) Isto não significa rejeitar as contribuições que a ciência traz para o desenvolvimento do cuidado, mas subsume suas proposições a outras relações.

Além de se basear em um compromisso radical com a vida do outro, a concepção de cuidado defendida por Eymard exige que os profissionais assumam uma atitude proativa, ainda que diante de pessoas que não conseguem tomar iniciativas próprias, ao mesmo tempo em que se deve “respeitar suas diretrizes de vida.” (VASCONCELOS, 2008, p.153) Ele propõe que se associe a responsabilização com o reconhecimento da capacidade do outro em determinar sua própria vida, que se tome a autonomia do outro como pilar para a prática do cuidado em saúde.

Diante de situações complexas e mais gerais, Eymard propõe que se desenvolvam, inicialmente, ações voltadas para os seus aspectos periféricos, suscetíveis de serem abordados pela equipe de saúde, de forma sistemática e persistente. Neste sentido, o importante é começar a atuar sobre as questões periféricas de problemas complexos, vinculando-se e se responsabilizando pelo acompanhamento das dinâmicas familiares, à medida que os resultados positivos aparentemente inócuos forem conseguindo progressivamente atingir questões mais centrais dos problemas. (VASCONCELOS, 1998) Ele defende que tal caminho leva, paulatinamente, a que se percebam

influências sobre as dimensões mais centrais destes problemas. Denomina tal metodologia com a expressão *mingau quente se toma pelas beiradas*. Assim, “o sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida da família.” (VASCONCELOS, 2008, p.153)

Para Eymard, deve-se cuidar das “famílias em situação de risco não como prêmio por perceber seu esforço ou sua assimilação das orientações da equipe.” (VASCONCELOS, 2008, p.153) Ele discorda do julgamento moral, muitas vezes, realizado por profissionais e equipes de saúde para com as pessoas a que atendiam, no sentido de se promover uma análise das atitudes das pessoas para ver se elas se enquadram em padrões de comportamento aceitáveis. Em diversas ocasiões, tais avaliações, feitas até de maneira precipitada, servem para que os profissionais definam as pessoas que merecem ou não o atendimento adequado. Ao contrário, ele defende que se cuide das famílias “como resposta ao direito à cidadania de sujeitos vivendo situações que não lhes permitem buscar e lutar pelos recursos existentes nos precários e limitados serviços de saúde destinados às classes populares.” (VASCONCELOS, 2008, p.153) Novamente, um compromisso ético com o cuidado, uma ação política que supere um juízo moral do outro.

Para assumir tal atitude, não podemos continuar a ver apenas as carências existentes na população. Segundo Eymard,

[...] os técnicos tendem a julgar as atitudes dos pobres urbanos como se suas vidas devessem ser regidas apenas pela busca de superação de suas carências que tanto impressionam. Olham os pobres

e vêm essencialmente **CARÊNCIA**. (VASCONCELOS, 2008, p.109, grifo do autor)

Ele crê que precisamos aprender também com as suas potências, as intensidades presentes nas suas vidas. Destaca a necessidade de se compreenderem e valorizarem as potencialidades dos indivíduos e grupos sociais. Enfatiza que precisamos trabalhar com os aspectos positivos, ricos, da vida das classes populares. “Suas atitudes seriam [...] mais bem compreendidas se analisadas pela ótica da busca de **INTENSIDADE** no viver.” (VASCONCELOS, 2008, p.109, grifo do autor)

Ao desenvolver tais concepções, Eymard identifica também que há ainda muitas divergências de perspectivas no mundo do cuidado. Enquanto os profissionais tendem a orientar o olhar dos usuários para ações que visam a garantia de uma vida melhor no futuro, as pessoas tendem a se preocupar com ações que tenham capacidade de garantir a provisão diária dos mínimos recursos. Este desencontro de percepções leva a muitos desentendimentos em relação ao que deve ser priorizado, de todos os lados. (VASCONCELOS, 2008)

Para realizar práticas de saúde que permitam o desenvolvimento desta concepção de cuidado, superando as diferenças de perspectivas identificadas entre trabalhadores e população, este autor aponta a educação popular como caminho. Ao mesmo tempo, ele faz diversas reflexões sobre as necessidades de avanços no debate da educação popular, em relação a como tal discussão ocorria nas suas primeiras experiências, durante os anos de repressão política das ditaduras militares na América Latina. Diante disso, Eymard sugere o que pensa ser uma educação popular em saúde que se insira dinamicamente no momento atual.

- Uma nova educação popular em saúde

Eymard defende que o trabalho comunitário exige dos profissionais o aprendizado e o desenvolvimento de novas técnicas de cuidado e aposta na educação popular como método adequado para levar ao desenvolvimento deste novo modo de se produzir saúde. Para além do ensino, aprendizagem e comunicação, ele julga a educação popular como método adequado para conduzir a gestão das práticas de saúde. (VASCONCELOS, 2008)

Ele propõe que a educação popular em saúde não seja vista como uma atividade a mais a ser realizada, mas como algo que redefine todo o funcionamento do serviço. (VASCONCELOS, 1997) Segundo Eymard, a educação em saúde representa “o campo de prática do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o fazer cotidiano da população.” (VASCONCELOS, 2008, p.25)

Desde suas primeiras publicações, Eymard dá centralidade ao diálogo no serviço de saúde como estratégia para permitir a troca de saberes entre profissionais e usuários. (VASCONCELOS, 1997) Esta troca de conhecimentos e saberes é uma característica, geralmente, bastante enfatizada nas produções sobre educação popular. Ela procura dar visibilidade aos processos de aprendizado mútuo, em que educando e educador aprendem em comunhão. Entretanto, ele tem feito uma ponderação em relação à educação popular, cujos estudos tendem a focalizar mais as dimensões conscientes das trocas de saberes, chamando a atenção para a necessidade de se ampliar a compreensão da educação popular para além da troca apenas de conhecimentos. Refere que estamos deixando ao largo todos os símbolos e gestos que fluem sem verbalização, mas também apresentam relevância para o trabalho em saúde. (VASCONCELOS, 2008)

Em publicações mais recentes, ele enfatiza que a educação popular precisa agregar, em seu instrumental metodológico e em suas temáticas, novas dimensões. Assevera que os profissionais de saúde devem aprender mais com a população em relação à valorização da intuição, da emoção e dos sentidos impressos à existência. Propõe que a elaboração conjunta de sentimentos e emoções, o diálogo sobre os sonhos e ideias utópicas sejam vistas como centrais para o desenvolvimento de novos educadores populares. (VASCONCELOS, 2006a; 2006b) Ele crê que o investimento em dimensões culturais e subjetivas - embora boa parte dos profissionais e gestores não percebam estes aspectos como prioritários (sequer relevantes) para o sistema de saúde - representa aspecto central na luta pela saúde. (VASCONCELOS, 2008)

Para Eymard, há uma grande diversidade de aspectos que os profissionais podem se beneficiar, se passarem a orientar suas ações através de um diálogo com os saberes populares. De acordo com ele, a maior contribuição dos saberes populares para os profissionais de saúde se dá no campo epistêmico, por não se submeterem ao paradigma vigente de cientificidade, integrando saberes do corpo em estados de inebriamento e excitação que se alcançam a partir das dimensões não racionais. (VASCONCELOS, 2006a)

Ao mesmo tempo, embora valorize o saber popular, deixa claro que há diversas situações em que ele precisa ser disputado por conhecimentos produzidos pela ciência, por serem aqueles reconhecidamente danosos. Também, enfatiza que a necessidade de se conviver com a comunidade, de conhecê-la, não deve ser confundida com a crença de que o profissional se tornará igual a um outro morador qualquer, pois esta atitude escamoteia as diferenças que continuam a existir, dificultando a contribuição específica que pode advir dos trabalhadores de saúde. (VASCONCELOS, 1997)

Numa passagem interessante, em uma de suas pesquisas, quando uma auxiliar de enfermagem afirma que na próxima visita, em que trará a medicação, quer ver a casa limpa e arrumada, Eymard faz uma reflexão instigante sobre a maneira como deve se dar a interlocução entre as expectativas dos trabalhadores e dos usuários:

Eu, que me sentira inicialmente constrangido com a atitude da auxiliar de enfermagem, temendo estarmos sendo autoritários e normatizadores, percebi que sua cobrança havia sido apenas uma enunciação mais clara de uma expectativa da equipe, que já vinha sendo manifesta, de forma implícita. Não há como não assumir a defesa de padrões de cuidado higiênico considerados fundamentais pela ciência. Que essa defesa seja explícita, até mesmo para facilitar a discordância. Como profissionais de saúde, estávamos revestidos de um poder que dava peso especial às nossas palavras, tornando assimétrico o diálogo estabelecido. Mas, especialmente porque esse diálogo acontecia no lugar de sua moradia, eles também tinham poder, expresso no nosso medo da alardeada violência dos pobres urbanos e nas infinitas possibilidades que tinham de dissimulação e anúncio de desprazer com nossas visitas. Mas a simpatia pela nossa presença aumentava, como querendo dizer que nossas cobranças correspondiam também aos seus valores e que nosso poder estava atuando para ordenar uma situação que também os incomodava. Era a instituição agindo como pai. Respeito cultural não é negar nossa palavra forte, mas estar atento às resistências mais tímidas, tentando investigar-lhes os significados. Esconder ou expressar de forma dissimulada nossas

crenças e expectativas termina tornando confusas as relações com a população. Há, ainda, diferença entre guiar-se pela lógica do interesse popular e submeter-se, de forma imediata, às várias expressões e demandas de indivíduos e grupos populares. Interesses particulares podem chocar-se com interesses mais gerais da população. Mas o interesse popular é complexo, capaz de apontar para direções surpreendentes e até opostas à nossa leitura inicial. Por isso é preciso estar atento e criar canais de diálogo, especialmente com as organizações populares locais. Mas não deixar de atuar, até se contrapondo a atitudes e discursos de alguns grupos e pessoas do meio popular. (VASCONCELOS, 2008, p.142)

Sem a necessidade de ficar remetendo diretamente a esta citação, diversos aspectos deste trecho serão abordados em vários tópicos que se seguem nesse texto.

- Organizando o serviço segundo o cuidado na lógica da educação popular em saúde

Passando a abordar a organização dos serviços segundo as proposições de Eymard, um primeiro aspecto a salientar é que ele defende a integração entre a atenção individual e coletiva. (VASCONCELOS, 1997) Para ele, não deve haver divergências e contraposições entre estas dimensões, que considera complementares, da atuação dos profissionais de saúde.

Umadasmaneirasdelidarcomestacomplementaridade seria realizando a discussão de problemas pessoais como estratégia de fortalecimento de mobilização social nos grupos. Esta atitude, muitas vezes vista com receio por

profissionais de origem nas classes sociais mais privilegiadas, é foco de reflexão por parte de Eymard. Segundo ele, as noções de privacidade e individualidade, além de muito recentes na humanidade, variam entre os distintos grupos. Há muitas comunicações entre os elementos individuais e a explicitação de processos íntimos nas classes populares. O profissional deve compreender como essas relações se dão na realidade em que está inserido, aguçando a sensibilidade para perceber desconfortos e desaprovações que possam surgir e não ser expressas. (VASCONCELOS, 2008)

Ele situa o vínculo como central para a produção do cuidado. E para além do vínculo burocrático entre equipe e usuários, aponta para uma relação de intensa de interação com o outro. Acredita no poder de um envolvimento amoroso entre trabalhador e usuários que permita a comunicação entre eles, acentuando que as diretrizes da responsabilização, vínculo e a produção de alteridade com usuários são terapêuticas também para os profissionais. (VASCONCELOS, 2006a; 2006b) Ele diz que tal relação “torna o sofrimento do outro significativo para o profissional”, sendo fundamental “para o desmascaramento da ilusão na capacidade do conhecimento científico dar conta de resolver a totalidade das necessidades de saúde da população.” (VASCONCELOS, 2006b, p.299)

Tal valorização do vínculo se aproxima de parte da produção que, recentemente, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio vem desenvolvendo, num esforço de sistematizar as formulações e propor um arranjo teórico para melhor analisar as “múltiplas dimensões da gestão do cuidado.” (CECILIO, 2009a, p.6)

No modelo proposto por Cecilio (2009a, aspas do autor), a gestão do cuidado em saúde se daria em, pelo menos, três dimensões, sugeridas como um desenho de três círculos concêntricos em que sucessivamente se colocariam

a “dimensão profissional”, a “dimensão organizacional” e a “dimensão sistêmica” da gestão do cuidado. No primeiro círculo, se inseririam os elementos referentes às relações entre trabalhadores de saúde e seus usuários. Nesta “dimensão profissional”, três componentes seriam definidores do cuidado produzido, quais sejam a postura ética do profissional, sua qualificação tecnicocientífica e sua capacidade de produzir vínculos com o usuário. Ele dá ênfase a esta dimensão na análise, em virtude do grande potencial da liberdade inerente ao trabalhador da saúde no seu cotidiano de encontros com os usuários.

Na concepção de Eymard, vale salientar, tal relação intensa e potente de vínculo precisa ser conduzida com habilidade pelos profissionais. (VASCONCELOS, 2006b) Ele defende que, em virtude das frequentes mudanças que ocorrem na dinâmica de vida das classes populares, as ofertas destinadas a estas pessoas nos serviços de saúde devem ser muito flexíveis. Para ele, devemos contextualizar a conduta diagnóstica e terapêutica adequada a determinadas situações. (VASCONCELOS, 2008)

Eymard vê inadequações na racionalidade médica hegemônica para lidar com a miséria, organizando-se a partir de serviços que selecionam os problemas de acordo com as ofertas que disponibiliza, e não segundo as necessidades de saúde dos usuários. (VASCONCELOS, 2008) Reconhece uma desresponsabilização sistêmica em relação à população:

Os serviços de saúde, com sua organização baseada no atendimento por diferentes categorias de profissionais e suas especialidades, selecionam os problemas assumidos de acordo com a competência dos profissionais disponíveis no momento e não de acordo com as necessidades dos pacientes. Para o restante dos pacientes

cujos problemas não se ajustam às competências dos especialistas disponíveis é como se dissessem: “não é problema nosso”. Assim, são os pacientes que devem afirmar suas demandas de forma coerente e adequada ao que o serviço é capaz de oferecer. Grande número de queixas e problemas do doente não são nem ao menos considerados. Com essa forma seletiva de funcionamento, muitos pacientes, especialmente os portadores de problemas mais complexos e graves (a ponto de não serem capazes de tomar a iniciativa de articular e integrar, por conta própria, os diferentes atendimentos especializados) são jogados de um lado para outro até se cansarem e se conformarem com sua miséria. Não são de responsabilidade de ninguém, mas abandonados a si mesmos. O abandono (pouco aparente porque encoberto por um circuito de atendimentos e encaminhamentos fragmentados e pontuais) vai gerando um tipo novo de pacientes crônicos. (VASCONCELOS, 2008, p.89-90)

Tal perspectiva se aproxima das concepções de Merhy (2002c), para quem os serviços de saúde devem se organizar tomando por objeto as necessidades de saúde dos usuários, concepção presente também em outros autores. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999)

Eduardo Stotz, ao debater o tema das necessidades de saúde, chega às seguintes conclusões: as necessidades de saúde são sempre histórica e socialmente construídas, dizendo assim respeito a toda a sociedade, mas a doença tem características singulares, exigindo sua atenção em nível individual; sendo assim, é necessário trabalhar os valores subjetivos; ao mesmo tempo, então, necessidade

de saúde não pode ser identificada nem na perspectiva do indivíduo desarticulado de suas relações sociais, nem de uma estrutura social totalizante. (STOTZ apud CECILIO; MATSUMOTO, 2006; CECILIO, 2001)

Dialogando com a produção de Stotz, Luiz Cecilio (2001) oferta uma taxonomia operacional das necessidades de saúde, a fim de ser trabalhada criticamente pelos profissionais no seu cotidiano. Este autor propõe, então, a categorização em quatro grandes conjuntos de necessidades: de se ter boas condições de vida; de se ter acesso e poder consumir toda a tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; de se ter vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe ou profissional de saúde; de se ter graus crescentes de autocuidado e de autonomia na escolha dos modos de andar a vida. (CECILIO; MATSUMOTO, 2006; CECILIO, 2001) Partindo desta taxonomia, Merhy (2003) acrescenta a necessidade de ser reconhecido pelo outro em sua singularidade, sujeito de direito e cidadão nominal, enfim, o sujeito em sua alteridade.

Nem é preciso enfatizar a relação entre o que estes autores oferecem para se pensar as necessidades de saúde e algumas das reflexões sobre o cuidado em saúde, oxigenadas a partir da educação popular, desenvolvidas por Eymard Vasconcelos.

- Os limites do cuidado

Em várias de suas contribuições, Eymard nos chama a atenção para a necessidade de compreendermos a situação de vida das classes populares, as origens das suas dificuldades e para participar juntamente com elas das lutas para superá-las. Entretanto, ele também nos convida a pensar sobre os limites das nossas ações.

Em primeiro lugar, chama a atenção para lidarmos com os limites das famílias. Afirmar ser importante os trabalhadores conseguirem desenvolver o apoio adequado às necessidades dos usuários, mas também terem sensibilidade para compreender e respeitar as diferentes capacidades que as famílias têm de lidar com a própria situação. É contraproducente ficar insistindo em identificar, a cada momento, todas as dificuldades a serem superadas, sem que as famílias tenham tempo para processá-las, nem mesmo para aproveitar as pequenas vitórias que porventura venham a conseguir. É fundamental focar no estímulo a uma vida mais digna e prazerosa, e não no combate à doença a todo custo. (VASCONCELOS, 2008)

Em segundo lugar, faz uma reflexão importante sobre os limites da intervenção sobre a realidade de vida das pessoas a partir do setor saúde, sugerindo pensarmos sobre quanto das propostas de medicina integral ou de uma prática de saúde holística se apresentam como reflexo da pretensão de onipotência dos profissionais de saúde. Propõe, em seu lugar, um processo de alargamento do cuidado em saúde, integrando saberes, profissionais e instituições da saúde com movimentos diversos da sociedade civil. Para tanto, a educação popular teria uma contribuição importante, ao defender uma prática baseada não apenas na rotina científica mais atual, mas na configuração de intervenções a partir dos distintos interesses, valores e entendimentos presentes em cada realidade. (VASCONCELOS, 1997)

Por fim, diante de tantas possibilidades e desafios, este autor salienta a importância de os profissionais conhecerem os limites de sua atuação e reconhecerem que há outros atores envolvidos na luta pela melhoria das condições de vida da população. Que saibam que as metas almejadas, muitas vezes, exigem muito tempo para serem alcançadas. Estas ponderações ele considera necessárias para evitar

frustrações e permitir que o profissional torne sua vida mais prazerosa, seja feliz e, assim, cada vez mais se insira na dinâmica social do lugar em que mora. (VASCONCELOS, 1997)

Até aqui, desenvolvi alguns aspectos para pensarmos sobre a concepção de cuidado em saúde que Eymard oferta e iniciei um diálogo com outros pensadores. Nos próximos tópicos, desenvolvo alguns conceitos específicos das produções de Eymard que têm relação com os desafios postos para a gestão do cuidado à saúde, em suas diversas dimensões. Neste sentido, organizei as contribuições e os debates em torno da obra deste autor nos seguintes tópicos, que se seguem no texto: relações de poder e educação popular; críticas à biomedicina; críticas ao racionalismo e concepção de subjetividade e espiritualidade; o atendimento individual; a abordagem à família; análise do programa de saúde da família; gestão do trabalho em equipe; concepções sobre a gestão da saúde e o Estado; caminhos e desafios para a educação popular em saúde.

- Relações de poder no cuidado em saúde

Um aspecto importante do trabalho em saúde remete à maneira como nele se desenvolvem as relações de poder. Eymard afirma que a atenção médica tradicional é injusta não apenas por segregar os trabalhadores, mas por reforçar e recriar, ao nível das microrrelações, as estruturas de dominação da sociedade. (VASCONCELOS, 1997)

Para Eymard, a concepção de se promover a saúde mediante a realização de mudanças no estilo de vida é desenvolvida e fortalecida nos países ricos, por ser coerente com os interesses dominantes do liberalismo. Enfatizar as responsabilidades pessoais diante da própria situação de

saúde tem significado deixar de lado a compreensão e a intervenção sobre os elementos que agem e condicionam os sujeitos por fatores políticos, econômicos, sociais e culturais. (VASCONCELOS, 2008) Ele se aproxima, aqui, ao que referia Maria Cecília Ferro Donnangelo (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), para quem uma das funções da medicina na sociedade capitalista seria desenvolver um papel ideológico, fazendo crer que os problemas de saúde, que tinham determinações políticas, econômicas e sociais, estavam assentados e dependeriam de modificações individuais dos sujeitos.

Entretanto, mais do que estas análises dos interesses macroeconômicos do capital, Eymard discute no âmbito dos micropoderes; ele atua e reflete onde opera a micropolítica, buscando referência para isto na produção de Michel Foucault. Em sua genealogia dos poderes, Foucault tenta compreender as condições de formação dos saberes a partir das relações que, imanentes a eles, os configuram como dispositivos de relações eminentemente políticas. Neste caminho, um primeiro aspecto relevante para este autor é que o poder não se limita às estratégias desenvolvidas pelos aparelhos do Estado, mas agrega dispositivos de poder que se expandem e se conectam em relações e técnicas que atingem todos os processos sociais, chegando a operar sobre a vida mesmo. O poder não é algo que se detenha ou que se possa estar fora dele, ele nem mesmo existe enquanto tal, mas se configura em práticas ou relações de poder que são exercidas em distintos pontos da rede social. Considerando assim o poder, a resistência a ele também é algo que não apresenta um lugar definido: todos os momentos e situações em que se exercem relações de poder são, potencialmente, situações em que se pode gerar resistência. O poder não apresenta características meramente repressivas, ele também é produtivo, dotado de positivities, chegando mesmo Foucault a conceber

o próprio indivíduo como uma produção do poder. O indivíduo seria fruto das técnicas disciplinares de poder e os coletivos humanos seriam moldados segundo relações de biopoder, que tomam a própria vida como objeto de investimento através de relações biopolíticas. (MACHADO, 2006; FOUCAULT, 2004a)

Segundo Eymard, embora aparentemente não tenham “poder formal” diante de diversas situações, os trabalhadores da saúde podem mobilizar um “poder simbólico” significativo. (VASCONCELOS, 2008) Ao salientar a necessidade de se assumir que o profissional de saúde acumula um grande poder simbólico e institucional, ele está também defendendo que o mesmo deve ser foco de problematização coletiva, tornando as relações de poder mais explícitas e permitindo seu redirecionamento, sempre que necessário. (VASCONCELOS, 1997)

Para ele, um aspecto relevante da atuação dos profissionais de saúde, em especial dos de formação universitária, que via de regra não são da comunidade onde atuam, é que eles, em relativamente pouco tempo, tendem a desenvolver considerável poder diante da população e das autoridades locais. Estas relações de poder existem, queira o profissional ou não, e é importante problematizá-las na perspectiva de que sejam submetidas à dinâmica coletiva dos sujeitos da comunidade. Infelizmente, em muitas ocasiões, os trabalhadores desenvolvem relações de poder que somente produzem mais poder para si, afastando-se cada vez mais da população ou, o que pode ser pior, fazendo com que ela fique dependente ou submissa a eles. Um bom modo de lidar com isto, segundo Eymard, é colocar sempre em discussão coletivamente as medidas que devem ser tomadas e o profissional evitar fazer pela população as coisas que ela mesma precisa realizar, mesmo que deste modo o processo pareça demorar mais ou apresentar certos retrocessos. (VASCONCELOS, 1997)

Uma das maneiras mais comuns do cotidiano dos serviços de saúde em que as relações de poder ficam mais fáceis de serem percebidas é quando identificamos as situações de tensão entre profissionais e a população. O acesso burocratizado ao serviço de saúde produz tensão nas relações entre os trabalhadores e os usuários, em especial com as auxiliares de enfermagem, entre outros motivos, por geralmente estarem mais na linha de frente do atendimento. Entretanto, a tensão provocada pelo usuário pode representar desde mera grosseria até mesmo ser uma manifestação da luta por direitos, passando pelo humor ou ironia. (VASCONCELOS, 2008)

Outra maneira de resistência dos usuários que ele identifica é a não adesão às condutas prescritas pelos profissionais. Defende que precisamos aprender a lidar com as nossas frustrações diante da não adesão às nossas prescrições e orientações, pois elas podem ser sinal da autonomia do outro diante da nossa vontade. (VASCONCELOS, 2008) Em especial, diante das lógicas disciplinares de se regular a produção da vida.

Na relação com os trabalhadores, Eymard identifica que parte dos usuários lança mão de humor e ironia como “estratégia de resistência cultural e de desconstrução dos padrões estabelecidos.” (VASCONCELOS, 2008, p.139) Estas resistências, entretanto, muitas vezes, não se apresentam como críticas realizadas de forma explícita, principalmente quando se dirigem aos profissionais de formação universitária, como os médicos. Para compreender isto, Eymard desenvolve uma análise das relações de poder embutidas na linguagem. O fato destes profissionais e os usuários terem se constituído em processos de formação muito distintos, os diferentes padrões de linguagem entre eles, em que um é portador do padrão legitimado socialmente, enquanto o outro representa o inferior, estes

elementos levam a que haja um processo de bloqueio na relação entre os sujeitos. Segundo ele, “a linguagem não é somente instrumento de comunicação, mas também instrumento de poder. Competência linguística implica poder de impor a recepção.” (VASCONCELOS, 2008, p.54) Tal perspectiva se aproxima da concepção que nos expõe Foucault (2004b, p.10), quando este fala que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”. Outros autores que desenvolvem profunda reflexão sobre a linguagem como poder são Gilles Deleuze e Félix Guattari. Segundo estes autores, ao desenvolvermos a linguagem, estamos inserindo as pessoas em regimes de signos que são, em si, relações sociais de poder. Eles afirmam que “a linguagem não é mesmo feita para que se acredite nela, mas para obedecer e fazer obedecer.” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.12) Identifico nesta discussão sobre a linguagem, alimentada por Eymard, Foucault, Deleuze e Guattari, uma importante contribuição para o cuidado. Isto, por nos exigir analisar as maneiras como, em distintos momentos, nos posicionamos diante destas complexas relações de poder. Sempre estamos dentro delas, operando nelas. Ter consciência disto é importante para ajudar na nossa definição enquanto sujeitos políticos, mesmo (e essencialmente) quando estivermos atendendo as pessoas em nossos consultórios.

É neste sentido que podem também ser interpretados os preconceitos que os profissionais têm em relação aos pobres e que podam a fala e o acesso à vida do outro. Segundo Eymard, os profissionais trazem mais preconceitos que conhecimentos sobre a dinâmica de vida dos pobres. Diferentemente de quando definem suas condutas técnicas, momentos estes em que, geralmente, procuram ser criteriosos e se basear em estudos de

reconhecida qualidade, os profissionais de saúde tendem a classificar a população a que atende em esquemas “sociológicos” altamente simplificados, e sem a devida análise em profundidade. Entretanto, pelas relações de poder desiguais, dando embasamentos (pseudo)científicos ou não, eles acabam legitimando socialmente de maneira mais fácil suas posições. Eymard identifica, nesta situação, interesses neoliberais em destruir a moral dos pobres, ficando mais fácil de se justificar o corte de recursos para as políticas públicas, pois não teria sentido se investir recursos com “bandidos perigosos”, “pessoas desregradas e preguiçosas”, entre outros adjetivos com que se costuma descrever as classes populares. (VASCONCELOS, 2008)

Para além de compreender os aspectos micropolíticos presentes nas relações entre trabalhadores e usuários, Eymard nos coloca a pauta sobre as relações que estabelecemos com as lutas populares, que não deixa de ser outro âmbito, mais coletivo, de se pensar o cuidado. Para ele, os processos coletivos desencadeados podem fortalecer a perspectiva de que os serviços de saúde devem ser controlados pela população organizada. Embora haja arcabouço legal neste sentido, as leis e portarias não garantem a efetiva participação da população nas definições políticas dos serviços de saúde. Acredita que somente a luta organizada pode garantir esta diretriz fundamental do sistema de saúde. (VASCONCELOS, 2009; 1997)

Em relação ao fortalecimento da participação popular e das lutas sociais, Eymard salienta que é preciso superar a ênfase apenas nos formatos tradicionais de organização e mobilização popular, que ele considera serem apenas a ponta do *iceberg*. (VASCONCELOS, 2009) “A rede invisível de ações e lutas coletivas que se estende na capilaridade da vida das periferias urbanas é muito maior do que as suas manifestações institucionalizadas.” (VASCONCELOS,

2008, p.210) Busca novamente em Foucault apoio para pensar as novas formas de resistências difusas ao poder. Ele as identifica em muitas atitudes de não-colaboração, em gestos, na concordância aparente mas que desdiz o discurso do outro, no silêncio, entre outras maneiras.

Diante disto, de acordo com Eymard, precisamos construir estratégias de se focar os interesses dos grupos populares menos organizados também. Agir para diminuir a situação de degradação em que vivem boa parte das famílias é uma condição fundamental para que elas passem a se inserir de forma mais importante em lutas por mudanças sociais. Entretanto, envolver-se com as lutas comunitárias significa também meter-se e mexer com os interesses do complexo jogo político existente em determinada localidade. Para ajudar a pensar a complexidade desta situação, nos oferta análises sobre a relação que desenvolvemos com líderes comunitários. Ele afirma que, ao se inserir em comunidades, é importante ter como referência lideranças comunitárias. Entretanto, ao mesmo tempo em que tal relação facilita a inserção, ela também produz alguns limites de acesso, justamente por os profissionais serem identificados como sujeitos vinculados às lideranças, cujas prioridades não necessariamente coincidem sempre com os interesses de toda a população. Por mais bem intencionado que seja o líder comunitário, ele direciona os contatos a serem realizados pelos trabalhadores segundo seus interesses. Para garantir o acesso permanente à intimidade da vida das famílias e da comunidade, o profissional precisaria aprender a se deslocar (sem rupturas desnecessárias) da figura das lideranças, tentando compreender e lidar com as regras de convivências próprias de cada comunidade. Seria fundamental levar em consideração que muitas atitudes que dão certo, em determinadas situações, podem ser desastrosas em outros contextos ou em outras localidades. (VASCONCELOS, 2008)

Uma última reflexão sobre as relações de poder entre trabalhadores e população que trazemos da leitura de Eymard se refere à compreensão da violência no meio popular. Ele interpreta que a violência nas periferias representa caráter de manifestação da luta de classes, exprimindo revolta pelas condições de vida a que estão submetidos os pobres. Entretanto, boa parte da energia dispendida por tal revolta se perderia ao não se integrar a processos de transformação social. Tal contexto de violência, entretanto, ainda tem resguardado os profissionais de saúde, sendo excepcionais as situações em que há ameaça ou mesmo agressão a estes trabalhadores. Embora tenha pequena dimensão quantitativa, segundo ele, a repercussão de eventuais situações tende a ser exacerbada. (VASCONCELOS, 2008)

A ampliação da violência social tem sido, na visão de Eymard, um dos fatores que mais tem sido utilizado para justificar a necessidade de distanciamento em relação à vida dos pobres. O trabalhador tende a se fechar, desenvolvendo atitudes formais e distantes como estratégia de autoproteção. Desvia sua sensibilidade para outros aspectos, impedindo que haja aproximação afetiva com os usuários, ficando tal atitude de maior abertura restrita a poucas pessoas que, por diversos motivos, galgam o acesso aos seus afetos. Segundo ele, para lidar com a eventual ameaça de violência e retaliação por parte de pessoas da população, a melhor arma que os profissionais têm é o vínculo e a publicização de suas ações. (VASCONCELOS, 2008)

- Sobre o conceito de classes populares

Antes, porém, de prosseguir com a exposição das formulações de Eymard sobre o cuidado, é importante salientar que sua concepção de cuidado como compromisso éticopolítico com o outro, geralmente, se remete a este outro como sendo o sujeito das classes populares. Da mesma forma, este conceito aparece fortemente quando ele analisa a heterogeneidade entre as relações de poder estabelecidas no trabalho em saúde, ao se identificar contraposição entre os interesses das classes populares e dos trabalhadores da saúde. Diante disto, fica evidente a centralidade que assume este conceito de classes populares para compreender o desenvolvimento da produção de Eymard.

Ao longo das suas produções, Eymard utiliza diferentes acepções para se referenciar aos sujeitos que vê como usuários dos serviços públicos de saúde. Ele trabalha, em diversos momentos, com os termos: classes populares, classes subalternas, meio popular, mundo popular, realidade popular, atores populares, grupos populares, grupos subalternos, povo, população, os subalternos, os miseráveis, populações urbanas, pobre urbano, movimentos sociais locais, comunidade local, entre outros. Sempre se remete a estas concepções quando busca compreender as perspectivas teóricas discrepantes entre os trabalhadores de saúde e os membros desta ampla seara, genericamente definida aqui como popular. Entretanto, não há uma delimitação precisa sobre o que consistiria especificamente este campo popular. Parece que é algo consensual, sobre o qual não se faz necessário debater, mas identifico certa imprecisão sobre esta concepção.

É possível identificar uma ampla gama de concepções sociológicas que ficam pouco delimitadas na concepção de classes populares referida por Eymard. Em determinados

momentos, por exemplo, quando, fazendo um resgate histórico da educação em saúde, analisa o período do final do século XIX e início do século XX, ao falar dos atores populares, ele afirma que “a maioria havia saído recentemente da escravidão.” (VASCONCELOS, 2008, p.25) Depois, diante da expansão urbana, chama a atenção para o surgimento de “uma classe média mais independente das oligarquias rurais.” (VASCONCELOS, 2008, p.25) Aborda ainda, em diferentes passagens, os trabalhadores rurais, os novos trabalhadores urbanos. Ele coloca em campos diferentes os intelectuais e as classes populares, ao afirmar que a educação popular seria o que permitiria o diálogo entre eles, colocando os trabalhadores de saúde na categoria de intelectuais. Com outras perspectivas, trabalha as oposições existentes entre as classes populares e as oligarquias rurais, os grandes empresários capitalistas, os representantes da burocracia estatal, o poder político e econômico dominante. (VASCONCELOS, 2009; 2008; 2006b; 2001; 1997; 1996) Diante de tantas possibilidades, o que seria, então, na obra deste autor, compreendido como integrando as classes populares? Elas se definem por exclusão em relação aos outros sujeitos aos quais se opõe em relações de opressão? Existiria uma conceituação positiva capaz de delimitar em que consistiriam tais classes populares?

Tais questões poderiam ser até vistas como de menor importância, como especulação teórica vazia sobre filigranas, se estivéssemos fazendo um debate “meramente técnico” sobre conceitos da saúde. Entretanto, estamos diante de um campo de produção (a educação popular em saúde) que tem muito a dever ao marxismo, perspectiva que tem no conceito de classes sociais (e da luta entre elas) uma de suas principais bases para compreender a sociedade capitalista e para se desenvolver a luta pela transformação social. E esta discussão sobre o conceito de classe não é algo ultrapassado entre autores da esquerda

acadêmica e política. Pelo contrário, continua atual no campo da ciência política, como se pode ver, por exemplo, no extremo esforço de produção conceitual que autores como Michael Hardt e Antonio Negri têm despendido ao tentar cunhar o conceito de classe que eles denominam por multidão, a fim de contrapô-lo aos de povo, massa, turba e classe operária. (HARDT; NEGRI, 2005; 2001) Ou então, para dar apenas mais um exemplo, como se vê em análises recentes que atribuem à reconfiguração das concepções de classes sociais realizada pela esquerda boliviana a capacidade de desencadear a acumulação política destes sujeitos; compreendendo os indígenas não mais como camponeses subordinados aos operários urbanos, fortaleceram-nos enquanto atores no plano político, levando-os à possibilidade da eleição do primeiro presidente indígena naquele país e a estarem conduzindo transformações radicais em suas relações políticas e sociais. (SADER, 2009) Desse modo, é possível afirmar que o delineamento mais preciso dos sujeitos integrantes e das configurações históricas das classes sociais representa uma questão central para a quase totalidade dos autores com influências teóricas e políticas de perspectivas marxistas. Como visto, tal delimitação se encontra pouco especificada na obra de Eymard.

É importante salientar que tal imprecisão sobre o conceito de classes populares encontrada em Eymard, entretanto, é extensiva a diversos outros autores, não apenas da educação popular. Há usos do conceito de classes populares que são extremamente abrangentes, a ponto de não delimitar quem efetivamente constituiria estas classes populares. De certa forma, um conceito que assume papel estruturante na obra de Eymard, referenciada pela educação popular, é o de oprimido. Há uma posição política de defesa do oprimido que está na base da educação popular e que se manteve na perspectiva da educação popular em saúde.

Os autores destas correntes reconhecem que, em distintas situações da vida cotidiana, podemos identificar situações de opressão as quais os sujeitos estão submetidos, mas por vivermos em uma sociedade de classes, é importante reconhecer que há não apenas relações de opressão entre sujeitos em situações específicas, mas há relações de opressão estrutural entre classes. Deste modo, o conceito de classes populares, em diversos autores da educação popular, provavelmente, realizaria uma aproximação entre o conceito de oprimido e o de classe social: as classes populares seriam as classes sociais oprimidas.

A dificuldade de simplesmente aceitar esta perspectiva pode ser trabalhada a partir de duas alternativas: por um lado, o próprio Paulo Freire, em diversas passagens, já afirmava que o oprimido corre sempre o risco de querer se tornar o opressor, visto que esses papéis podem ser intercambiáveis (FREIRE, 1983); mas uma crítica mais radical pode ser encontrada já nas próprias reflexões de Foucault (2004a) sobre o poder (já sinteticamente apresentadas aqui e que Eymard mesmo seleciona parte delas para embasar suas análises), o que impossibilitaria a delimitação tão precisa destas conceituações de oprimido e opressor diante da complexa micropolítica das relações de poder.

Entretanto, vale salientar que a intenção destas observações não é de encarar todo o desafio de sistematizar as discussões em torno do conceito de classes sociais e, assim, tentar solucionar esta questão de delimitação do conceito de classes populares. Pretendo, aqui, apenas apontar algumas questões que considero que os autores da educação popular precisariam se debruçar de forma mais crítica e intensa. De todo modo, embora reconheça as dificuldades conceituais do termo classes populares, ele continuará sendo utilizado neste texto, para preservar o contexto teórico das concepções que são desenvolvidas pelo autor em estudo.

- Críticas à biomedicina

Outro aspecto relevante na produção de Eymard Vasconcelos se refere à sua crítica à biomedicina. Ele acredita que a concepção de ciência que orienta a medicina nos torna insensíveis e nos bloqueia a visão de diversas dimensões da vida das pessoas. (VASCONCELOS, 2008) Ao descrever as características do modo como tradicionalmente a medicina se organiza, Eymard oferta uma boa leitura de diversos elementos aos quais ele irá se contrapor:

Para trabalhar orientado por este jeito considerado, até então, como científico de fazer medicina, são necessários profissionais que apliquem as técnicas de modo desvestido de sentimentos, pois estes corroeriam a objetividade. São necessários profissionais que aprendam a olhar para os pacientes de modo focado em seus órgãos e não na sua totalidade como pessoa. Cada manifestação do paciente é processada procurando identificar seu significado como sinal de acometimento de um órgão específico do seu corpo, de modo que chegue a uma classificação do problema dentre uma das diversas entidades patológicas já definidas e estudadas pela ciência. As manifestações do paciente têm sido e são valorizadas apenas se ajudam a encontrar a classificação do problema dentro das categorias já padronizadas pela ciência. É preciso também de profissionais treinados a repararem principalmente nas doenças, desvalorizando as peculiaridades positivas e a garra da pessoa em buscar ser mais. É necessário também que os profissionais sejam treinados a dar valor apenas ao saber produzido nos grandes centros de pesquisa e que consequentemente

desvalorizem o saber produzido localmente pelas comunidades e pelos colegas. O saber presente nas tradições passa a ser visto apenas como curiosidade. É ainda preciso de profissionais competitivos e, consequentemente, individualistas, pois a concorrência é consagrada como o grande instrumento de garantia da eficiência. Tudo isto resulta em trabalhadores habilidosos em tratar doenças orgânicas, mas que não sabem cultivar o florescimento da vida. Fazer a vida florescer é muito mais do que tratar e prevenir doenças específicas. (VASCONCELOS, 2006b, p.267-268)

Ele reconhece que a medicina científica moderna se sustentou nos pilares do paradigma newtoniano-cartesiano de explicação da vida humana e de suas alterações na normalidade, no que se convencionou pelo termo de modelo biomédico. Neste, se desenvolve uma concepção do corpo como uma máquina formada por diversas partes, onde os mecanismos biológicos precisam ser identificados em seu funcionamento, para poder ser reconduzido ao funcionamento normal, em situações de doenças, através de intervenções químicas, físicas e biológicas. Toma grande ênfase o estudo de cada parte do corpo; o centro das atenções está na doença e não na vida em si. Entretanto, ele afirma que, a partir das últimas décadas, por diversos motivos, vem sendo identificada uma crise do modelo biomédico. (VASCONCELOS, 2006b)

Considerando tais características, Eymard desenvolve, então, uma importante reflexão sobre a inadequação das condutas médicas tradicionalmente desenvolvidas na medicina liberal, quando elas são direcionadas para as classes populares. Para ele, “a conduta médica padrão é construída em outros ambientes sociais e institucionais. Pressupõe disponibilidade do paciente para uma série de

procedimentos antes do tratamento.” (VASCONCELOS, 2008, p.188) Ela seria até um pouco menos problemática para as pessoas em que a doença e a necessidade de acessar os serviços de saúde são eventuais, e que utilizam serviços com acesso ágil. Entretanto, para as famílias das classes populares com “reinfestações frequentes e outras agressões ao organismo, bem como pelo sufoco das tarefas, da tensão psicológica e da carência dos mínimos recursos materiais” (VASCONCELOS, 2008, p.188), a maneira de funcionar e as ofertas da medicina hegemônica nos serviços são completamente inadequadas. Ele defende a interlocução com a população como estratégia para se redefinirem as condutas e para que os profissionais atuem de forma interdisciplinar. Mesmo assim, Eymard afirma que é difícil perceber as insatisfações da população com as atividades desempenhadas pelos serviços de saúde, pois as pessoas insatisfeitas tendem a simplesmente não retornar. Para construir outra lógica de atuação, o profissional precisaria apreender as mediações existentes entre os elementos estruturais da realidade, que condicionam a vida dos usuários, e os processos patológicos sobre o corpo e a vida. Diante de situações complexas, é sobre as mediações entre estas duas dimensões que o profissional poderia atuar, impactando-as. (VASCONCELOS, 2008)

Ele enfatiza que, para além das ações técnicas dos serviços, uma abordagem ao conjunto de necessidades de saúde depende da iniciativa dos sujeitos, de suas famílias e dos grupos sociais. Reconhece que as ações médicas tendem a correr em “paralelo, dessincronizado e até em oposição ao esforço popular de combate aos problemas de saúde.” (VASCONCELOS, 2008, p.248) Para lidar com a complexidade do cotidiano da vida das classes populares, Eymard identifica as limitações das disciplinas tradicionalmente integradas à clínica. Defende, então, a educação popular como capaz de redefinir as relações que

os profissionais desenvolvem entre as diversas ‘disciplinas que dominam com a realidade onde estão tentando intervir. Para tal redefinição, ele entende que a prática clínica se apresenta como cenário privilegiado.

Um autor que dá forte ênfase à necessidade de desenvolver outra prática clínica é Gastão Campos. Ele considera que uma reforma médico-sanitária deveria trabalhar uma total transformação da clínica, em que esta precisaria incorporar na rotina cotidiana processos de trabalho individuais e coletivos. (CAMPOS, 1991) Este autor desenvolve várias análises e críticas aos modos tayloristas (CAMPOS, 2000, 1998) de se organizar o trabalho em saúde sugerindo novos arranjos organizacionais, baseados na cogestão dos coletivos, bem como propõe uma intensa reconstrução dos saberes que baseiam o trabalho em saúde, propondo o desenvolvimento do que ele denominou por clínica ampliada. Campos indica como prioritário se reformular o objeto de saber e intervenção da clínica, que para além da doença agregaria dialeticamente o sujeito e seu contexto como objetos. (CAMPOS, 2003; 2002)

Eymard afirma ainda que, diante da dificuldade em se delimitar precisamente todos os problemas que acometem as famílias mais vulneráveis, devemos “buscar entendimentos parciais que orientem os cuidados a serem prestados”. (VASCONCELOS, 2008, p.258) Como se vê, ele realiza críticas severas à biomedicina, que considera biologicista, mecanicista, cientificista, racionalista, fragmentada, reducionista e centrada na doença. Considera, entretanto, que sua superação não se dará apenas com uma adesão ou um retorno a outras “medicinas” se não incorporar os avanços da biomedicina, mesmo que fragmentários. (VASCONCELOS, 2008; 2006a)

- Críticas ao racionalismo e concepção de subjetividade e espiritualidade

Eymard afirma que a ciência moderna nega a subjetividade, hipertrofiando de maneira perversa a razão instrumental. Ele identifica que, desde muito tempo, há críticas ao racionalismo ocidental moderno, mas que é no final do século XX que se intensificam e ampliam movimentos de maior valorização das dimensões não racionais presentes na produção do conhecimento e nas ações humanas. Ele afirma, entretanto, que há uma limitação destas perspectivas, por se reduzirem a abordar as dimensões inconscientes presentes na psicanálise, que não deixa de ser, ao seu modo, uma leitura racionalista sobre a mente. Diante das limitações das várias disciplinas em compreender a totalidade do mistério da vida, ele considera que não é suficiente deixar avançar os conhecimentos científicos para outras fronteiras. Salienta a necessidade de se “ficar sensível e aberto para dimensões não captadas pelas formulações científicas e pelos instrumentos de análise e medida da ciência.” (VASCONCELOS, 2006a, p.53)

Baseando-se em Carl Gustav Jung, Eymard defende que o ser humano deve integrar quatro funções psicológicas básicas, quais sejam: a razão, a sensação, a emoção e a intuição. Segundo ele, o trabalho em saúde traz exigências para os profissionais que não são capazes de ser abordados apenas a partir das ofertas realizadas pela razão, sendo necessário lançar mão da intuição, da emoção e da sensibilidade. (VASCONCELOS, 2006a)

Ele afirma que precisamos aprender a compreender “também por dimensões que estão além da razão” (VASCONCELOS, 2008, p.182) e que, na prática dos serviços de saúde, grande parte das ações dos profissionais já se baseia em atitudes intuitivas. Também, que a dimensão

emocional no trabalho em saúde é fundamental para que se avance na construção de caminhos pactuados entre os diversos sujeitos envolvidos. Chama a atenção, então, para a necessidade de se desenvolverem novos modos de se compreender e qualificar as ações intuitivas e emocionais dos profissionais nos serviços de saúde. (VASCONCELOS, 2006a)

Diante destas necessidades, Eymard enfatiza que devemos tomar as dimensões subjetivas dos usuários e trabalhadores como elemento fundamental para o cuidado em saúde. Ele pretende associar uma valorização da subjetividade com a perspectiva de emancipação desenvolvida por Karl Marx. (VASCONCELOS, 2006a) Na delimitação de sua concepção de subjetividade, porém, ele concentra suas referências em autores que fazem este caminho por meio da valorização da espiritualidade. Um dos autores mais relevantes nesta sua concepção de subjetividade é o teólogo Leonardo Boff. Ele, Frei Betto e outros teóricos da teologia da libertação representam referências importantes para boa parte dos militantes da esquerda brasileira nas últimas décadas. Eles desenvolveram um diálogo entre o marxismo e os valores cristãos hegemônicos em nossas sociedades latinoamericanas, propondo um recorte de classe a uma igreja que faria a opção preferencial pelos pobres. Para dar corpo às suas formulações filosóficas, estes sujeitos estimularam o desenvolvimento das comunidades eclesiais de base, que representaram um dos espaços marcantes da resistência às ditaduras que se espalharam em nosso continente durante as décadas de 1960 a 1980. (SADER, 2009) Vários coletivos da saúde, em especial os sujeitos que se aproximam das proposições da educação popular, foram profundamente influenciados, em suas origens, por estes autores e suas práticas. Tais coletivos desempenharam - e ainda hoje têm - uma importância muito grande nos movimentos de grupos

que lutam no campo da saúde. Como já afirmado, é na luta destes coletivos que Eymard se destaca como pensador da saúde.

Em seu livro que tem por título “saber cuidar”, Leonardo Boff afirma que:

[...] o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 1999, p.33, grifos do autor)

Boff afirma ainda que o cuidado se encontra na natureza da essência humana, é constitutivo do humano, que necessariamente coloca cuidado em tudo o que faz e nele encontra seu *ethos* fundamental. (BOFF, 1999) Este autor, não obstante reconheça a necessidade de se lutar pelo fortalecimento do cuidado na nossa sociedade, aposta no cuidado como perspectiva teleológica, que se sustenta como valor transcendente na constituição do ser humano. Embora critique perspectivas moralistas, ele acaba considerando o cuidado como um valor moral.

Mais do que debater a concepção de cuidado desenvolvida por Leonardo Boff, que não interessa aprofundar aqui, considero que expô-la é uma boa maneira de demonstrar a concepção essencialista de ser humano, presente neste autor. Para Boff (2002):

No fundo, cada pessoa é *uma* pessoa, única e irrepetível. Ela, pela sua simples presença, significa uma convocação para a Transcendência viva. O ser humano, já o dissemos tantas vezes, representa um projeto infinito e um mistério aberto

sobre o inteiro universo. Esse mistério não é o resíduo do ainda não conhecido ou pesquisado. Mas é exatamente aquilo que antecede a todo o conhecimento e se mostra ainda maior após todo o conhecimento. Que é o ser humano? [...] A experiência última do homem não é mais o homem; é a experiência daquilo que transcende o homem; é a experiência do Mistério. Cada homem, por mais pecador e miserável que seja, não pode apagar a Transcendência que se torna transparente em seu semblante. Ele é sempre maior que todos os seus crimes; maior do que todos os seus arroubos de amor e de mística. Nele flui uma torrente de bondade, palpita uma profundidade misteriosa, irrompe um *além* que constitui a permanente diafanidade de Deus no mundo. Por isso, o ser humano assoma como o maior sacramento de Deus. Eis de onde provém toda a sacralidade da pessoa humana; daí toda a sua respeitabilidade; daí a identidade afirmada por Cristo entre o amor ao próximo e o amor a Deus. O amor não é mandamento meramente voluntarístico; assim é porque Deus simplesmente o quer. Deus o quer porque ele é o mais importante que existe. E o ser humano é o lugar de sua aparição e realização privilegiada e consciente. (BOFF, 2002, p.100-101, grifos do autor)

Embora não se refira em seus textos especificamente a essa citação, identifico que esta perspectiva essencialista do ser humano é assumida também por Eymard em sua concepção de subjetividade. Em sua produção, o reconhecimento das limitações da ciência em produzir a atenção integral às pessoas o leva, “necessariamente”, à espiritualidade como saída. Ao invés de trabalhar com o conceito de religiosidade, prefere a concepção de

espiritualidade, entendida por ele de modo semelhante ao que defende Boff: como a vivência da transcendência. Entretanto, segundo Eymard, Boff desenvolveria uma concepção de transcendência na imanência, ou transcendência imanente, por não se referir a uma transcendência como era compreendida historicamente na filosofia, mas por tratar de “uma dimensão, não imediatamente percebida, da realidade concreta, material e cotidiana da existência.” (VASCONCELOS, 2006a, p.31) Ele entenderia a transcendência como um conceito não necessariamente religioso, mas como “um elã vital, uma vitalidade surpreendentemente dinâmica presente em todo o ser humano que, no entanto, pode estar entorpecida por situações existenciais particulares.” (VASCONCELOS, 2006a, p.32) Boff defende a superação do materialismo com a espiritualidade, que religaria o homem ao “Todo.” (BOFF, 1999) Embora afirme uma transcendência que não se opõe a uma imanência, acaba transparecendo uma concepção teleológica do homem.

A espiritualidade, segundo Eymard, se desenvolve no cultivo do contato sistemático com o eu profundo, trazendo a transcendência para o lugar de orientação da consciência no cotidiano da vida. Para tanto, tornar-se-ia necessário permitir momentos de interiorização, de reflexão, meditação, contemplação, de integração consciente com a transcendência. O “eu profundo” da espiritualidade se fundamenta na concepção do inconsciente segundo Carl Jung. Apoiando-se neste autor, Eymard defende uma concepção de espiritualidade como a vivência de dimensões profundas da subjetividade, do eu. “A conexão com o eu profundo é o canal de abertura para a transcendência. É um caminho importante de ligação do ser humano [...] com a totalidade do cosmos.” (VASCONCELOS, 2006a, p.37) Nesta concepção, o caráter social da espiritualidade se daria pela compaixão.

Considero que com a associação entre a crítica ao racionalismo, a valorização de certa teoria da subjetividade e sua articulação com uma concepção de espiritualidade, Eymard desenvolve um arcabouço teórico relevante para lidar com os desafios que ele se colocou: a necessidade de superar a falta de ênfase nas dimensões subjetivas que está presente em muitas correntes marxistas, ao mesmo tempo em que dialogar com as dimensões afetivas que valoriza em sua concepção de cuidado. Entretanto, considero importante salientar que existem diversas perspectivas que dão centralidade à subjetividade sem passar pela concepção de espiritualidade trabalhada por Eymard. Pretendo trazer, de forma sucinta, apenas alguns apontamentos de obras de teóricos que produzem uma concepção de subjetividade e de ser humano oposta à defendida por ele. Trago este debate porque parte dos pensadores da saúde que têm produzido ofertas para a gestão do cuidado, e que têm valorizado a dimensão subjetiva neste processo, não compartilha da perspectiva de sujeito presente na concepção trabalhada por Eymard. De minha parte, aproximo-me mais destas últimas perspectivas.

Inicialmente, procuro a perspectiva defendida por Friederich Nietzsche, em sua Genealogia da Moral. Para este autor, a produção da moralidade busca instituir um “indivíduo soberano”, que se orienta por princípios de “responsabilidade” ditados por sua “consciência”, julgando a si e aos outros, segundo valores transcendentais, produzindo assim homens melhores. Nietzsche discorda desta perspectiva e se dedica a desconstruí-la em sua obra. (NIETZSCHE, 1998) Ele entende que “os valores não têm existência em si, não são uma realidade ontológica; são o resultado de uma produção, de uma criação do homem; não são fatos, são interpretações introduzidas pelo homem no mundo.” (MACHADO, 2002, p.59-60) Para Nietzsche

(1998), a construção do novo homem passa justamente pela ruptura com todo tipo de transcendência.

Deleuze também opera uma profunda crítica das perspectivas transcendentais de se buscar sentidos para o ser humano. Segundo este autor, “o Abstrato nada explica, devendo ser ele próprio explicado: não há universais, nada de transcendente, de Uno, de sujeitos (nem de objeto), de Razão, há somente processos, que podem ser de unificação, de subjetivação, de racionalização, mas nada mais.” (DELEUZE, 1992, p.182, grifos do autor)

Ainda segundo Deleuze (2002, p.29), Espinosa propõe a ética como “tipologia dos modos de existência imanentes”, substituindo a moral, “a qual relaciona sempre a existência de valores transcendentais”. A moral estrutura sistemas de julgamentos, baseados na oposição dos valores entre bem ou mal; já a ética desarticula os sistemas de julgamentos, trabalhando as diferenças qualitativas dos modos de existência em bom ou mau. Estes sistemas, entretanto, são construídos por sujeitos em relação com o mundo e consigo mesmo.

Vários autores rompem com a definição de ser humano baseada num *telos*, remetendo-a a sujeitos em constante produção imanente. Para ficarmos com apenas um dos mais potentes críticos recentes de uma concepção teleológica do ser humano, buscaremos alguns apontamentos na produção de e sobre Michel Foucault. Analisando as contribuições de Nietzsche para a história, Foucault afirma que “as forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta.” (FOUCAULT, 2004a, p.28) Identifica-se na obra de Foucault a delimitação de pelo menos três “ontologias”, que passam pelas dobras que constituem o sujeito como consequência: o ser-saber, o ser-poder e o ser-si. (DELEUZE, 2005) Para Foucault, o

sujeito é, simultaneamente, potência, ação e subjetividade recompondo as resistências e o espaço público, liberto dos condicionamentos de qualquer teleologia. (NEGRI, 2002) A proposição da ética sobre uma moral apresenta-se também como uma aposta na ontologia, buscando a desconstrução de qualquer teleologia.

Buscando agora um autor de outra perspectiva “acadêmica”, Carlos Drummond de Andrade afirmava, em um poema genial, que : “o amor não nos explica. E nada basta / nada é de natureza assim tão casta / que não macule ou perca sua essência / ao contato furioso da existência.” (ANDRADE, 2009, p.290)

Como não busco (nem teria condições de) exaurir este debate sobre as concepções de sujeito, subjetividade e espiritualidade, tendo intenção apenas de apontar a necessidade de se produzir o diálogo entre estas perspectivas distintas, dou sequência às análises das ofertas que Eymard nos faz para pensarmos a gestão do cuidado em saúde, desenvolvendo a análise das dimensões da subjetividade e da espiritualidade na obra deste autor.

- A subjetividade dos usuários como potência para o trabalho em saúde

Quando estão diante de situações de adoecimento importante, muitos aspectos da vida das pessoas, em especial das suas dimensões subjetivas, são intensamente mobilizados. Segundo Eymard, além de produzir sofrimento, os episódios de adoecimento mais relevante podem também representar portas de entrada para a transcendência, oportunidades para se re-significar a existência. (VASCONCELOS, 2006a) Considero que tal compreensão permite trabalhar com as potências da doença, saindo da sua mera negação, entendendo-a

também como experiência potencialmente produtora de vida.

Para compreender a subjetividade no campo social, precisamos acessar outros conhecimentos, geralmente não desenvolvidos na formação tradicional do profissional de saúde. Eymard, por exemplo, faz uma análise antropológica da maneira como as roupas e outros elementos, como determinados eletrodomésticos, ajudam a construir ou a refutar a imagem da miséria entre os membros das classes populares, de modo que há roupas para se usar entre eles e roupas para se usar em situações em que irão se expor. Também, há aparelhos usados socialmente, os quais são expostos e mais ostensivos, e outros para uso doméstico, que tendem a ser modestos. Tal compreensão ajuda a lidar com a tendência que temos ao nos chocarmos com antenas parabólicas inseridas em casebres ou em aparelhos de som de última geração quando não se tem água tratada para beber. Tais achados tendem a que os profissionais considerem que a miséria é opção destas pessoas, que gastam com coisas de que não necessitam, sendo assim, não valendo a pena maiores investimentos sociais para estas pessoas, para evitar maiores descabros. (VASCONCELOS, 2008)

Um ponto relevante na concepção defendida por Eymard é que a inserção em processos de luta social coletiva leva à produção de novas subjetivações. (VASCONCELOS, 2006a; 2006b) Ele se aproxima aqui, de Guattari e Rolnik (2005), para quem há uma produção social dos processos de subjetivação, sendo, para estes autores, os processos de subjetivações moldados na luta social.

A partir da abordagem a situações como o combate ao lixo na comunidade, Eymard desenvolve uma importante reflexão sobre as dimensões simbólicas inerentes aos problemas concretos. Para ele, “os problemas materiais

ganham sentido na vida das pessoas a partir de seus sistemas de valores e crenças que ordenam, interpretam e lhes atribuem prioridades diferenciadas.” (VASCONCELOS, 2008, p.218-219) Afirma que a consciência da carência e a necessidade de luta para sua superação exigem elaboração mental dos indivíduos. Entretanto, os processos que geram tal atitude coletiva variam, pois as condições consideradas adequadas de vida e o que se compreende como direitos de cidadania são diferentes entre grupos sociais com distintas culturas. Diante disso, precisaríamos procurar as melhores possibilidades de agir transformando processos subjetivos e culturais. (VASCONCELOS, 2008)

Ele vai buscar em Victor Valla a concepção de que, em diversas situações, pessoas das classes populares evitam “processos de conscientização”, por imaginar que isto exigirá mais ainda da parte delas, que já se encontram vivendo próximo de seus limites. (VASCONCELOS, 2008) Para lidar com estas dificuldades, Eymard resgata um conceito muito utilizado para se descrever que o sujeito passou a conhecer a situação de injustiça e a lutar por seus direitos, que é o que se denomina por *tomada de consciência*. Por outro lado, baseando-se em análise de Suely Rolnik, ele identifica que, nos países mais ricos, em especial da Europa, há um grande reconhecimento das pessoas como portadoras de direitos e encontramos até mesmo seu alcance em larga escala, mas isto não tem representado um acolhimento do outro em sua totalidade. Como o inconsciente é o que permite o acesso às dimensões mais profundas do ser humano, ele propõe que seria importante uma *tomada da inconsciência*, para se chegar a uma sociedade mais justa. A *tomada da inconsciência* representaria o

[...] cultivo na sociedade da capacidade de acolhimento afetivo e espiritual ao outro pelo aprendizado subjetivo da habilidade de lidar com as transformações e

perturbações interiores que este encontro com a subjetividade profunda, de quem é diferente, desencadeia, em uma sociedade de massa em que as pessoas estão continuamente se cruzando. A valorização da tomada da inconsciência, integrada à tomada de consciência, aponta para um imaginário ético que vai além da luta pelo respeito aos direitos formais de todos. Orienta-se por uma ética que inclui também uma situação social de amplo acolhimento de cada cidadão em sua inteireza e, portanto, de extrema abertura ao processo de recriação subjetiva e de novos modos de existência. Uma sociedade que, além da justiça e direitos sociais reconhecidos, seja marcada por intensa interação amorosa. Na qual a abertura e entrega à processualidade da vida e às suas criativas e surpreendentes consequências sejam o valor maior.

O acréscimo da valorização da tomada da inconsciência à já bastante ressaltada tomada de consciência significa a incorporação do aprendizado de que, mais que respeitar o outro, é importante abrir-se ao outro, dispondo-se a viver a experiência de desapego aos arranjos subjetivos estabelecidos e consolidados em cada um, aceitando a impermanência da vida de forma mais radical. (VASCONCELOS, 2006a, p.92-93)

Esta concepção interessante desenvolvida por Eymard enquanto *tomada da inconsciência*, certamente, tem muito a enriquecer num diálogo com as concepções de inconsciente e de desejo como produção presentes nas concepções de micropolítica desenvolvidas por autores como Deleuze e Guattari, entre outros. (GUATTARI; ROLNIK, 2005; DELEUZE; GUATTARI, 1997)

- Sobre a espiritualidade no trabalho em saúde

Entre as principais referências que inspiram e alimentam as formulações de Eymard sobre a espiritualidade, destacam-se os autores da psicologia jungiana, da educação popular e da teologia da libertação, em especial alguns que articulam estas perspectivas, como Leonardo Boff e o francês Jean-Yves Leloup. Para ele, a educação popular, desde sua origem, esteve muito próxima das questões da religião e da igreja. Precisáramos, assim, compreender e lidar com o atual quadro de diversidade religiosa que vem crescendo no Brasil. (VASCONCELOS, 2006a)

Eymard reconhece que a vida religiosa se relaciona, em vários aspectos, com a área da saúde. Por um lado, as populações latinoamericanas têm uma relação com a religião bastante intensa, sendo este um dos campos mais relevantes em que elas constroem os sentidos de sua existência, também sendo na dimensão religiosa de suas vidas que produzem explicações para os processos de adoecimento e cura a que estão submetidas. Por outro lado, há uma grande quantidade de profissionais de saúde que também tem na sua vivência religiosa um lugar de produção de significados para a vida, baseando lá parte da mobilização e das decisões éticas no seu cotidiano do trabalho. Por fim, há uma longa relação na prestação de serviços de saúde, no Brasil, no âmbito das entidades religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia, dos ritos afro-brasileiros, das pastorais católicas, das igrejas pentecostais, entre outros. (VASCONCELOS, 2006a)

Segundo Eymard, quando a vivência da transcendência desenvolve-se como divina, de um modo a “revelar a presença de um Outro na alma humana” (VASCONCELOS, 2006a, p.45, grifo do autor), a espiritualidade pode ser chamada de religiosidade. Entretanto, seria possível a

interlocução entre pessoas que têm uma vivência religiosa da espiritualidade com outros que desenvolvem uma vivência não religiosa, pois a experiência subjetiva seria semelhante entre elas. Nesta concepção, defendida por Eymard, mesmo ateus podem desenvolver uma intensa espiritualidade.

Ele salienta que é necessário dar mais visibilidade e produzir um debate explícito sobre esta temática, pois “as práticas religiosas têm estado presentes no trabalho de saúde de forma pouco crítica e elaborada, uma vez que nele se infiltram de modo silencioso e não debatido.” (VASCONCELOS, 2006a, p.24) Além do conhecimento que pode ser agregado pelo estudo de diversas disciplinas que se têm aberto ao tema da espiritualidade, para desenvolver tais características tão complexas, Eymard acredita que os profissionais deveriam se lançar intensamente aos caminhos da própria espiritualidade. Seria preciso se buscar o autoconhecimento profundo.

Por meio da espiritualidade, experimenta-se pessoalmente os misteriosos caminhos do eu profundo, suas contradições e antagonismos internos, suas formas simbólicas de expressão, sua capacidade de mobilizar energias intensas e de encontrar significados para as situações de crise. Passa-se a ter instrumentos para compreender os estranhos caminhos da alma dos pacientes. Torna-se mais sensível aos sutis significados de seus gestos. Ela torna ainda o profissional mais capaz de lidar com as emoções intensas e os questionamentos angustiados que fluem dos pacientes e seus familiares em crise existencial, evitando que se assuma a atitude usual de fuga destas situações ou de criação de mecanismos de bloqueio da sensibilidade para poder preservar

sua própria estabilidade emocional. (VASCONCELOS, 2006a, p.68)

Na prática clínica, a transferência representa um dos elementos fundamentais, pois, para lidar com ela: consideramos o protagonismo e singularidade dos sujeitos; compreendemos os fluxos de afetos presentes naquela etapa da vida dos sujeitos, ajudando a construir uma visão mais ampliada do outro, permitindo a construção de propostas mais potentes de superação das dificuldades. Tal conceito é bastante desenvolvido pelas perspectivas da psicanálise e de algumas correntes da análise institucional. (CUNHA, 2005) Eymard defende que desenvolver a própria espiritualidade é uma maneira relevante do profissional trabalhar melhor com as afetações presentes em elementos transferenciais inerentes ao processo terapêutico constitutivo do trabalho em saúde. Lidar com as várias dimensões subjetivas que são mobilizadas no encontro com os usuários é um aspecto que, segundo ele, poderia ser facilitado no profissional que constrói sua vida com mais abertura para a própria espiritualidade. (VASCONCELOS, 2006a)

No que se refere à saúde coletiva, Eymard propõe a espiritualidade como caminho para a promoção da saúde. Afirma que não conseguimos apoiar os movimentos de busca pela saúde desencadeados pela população apenas com argumentos racionais e medidas institucionais. Defende que seria preciso perceber, se comunicar e ajudar no aprofundamento de crenças, utopias e valores presentes na concepção de vida dos distintos coletivos. Para Eymard, a transformação causada pela vivência de situações de doença pode gerar mobilizações de energias coletivas, promovendo o desenvolvimento ou a ampliação de lutas que anteriormente tinham grande dificuldade em serem desencadeadas. A luta coletiva em parceria com as classes populares levaria ao amor como construção ética para as relações. (VASCONCELOS, 2006a)

- O atendimento individual

Ao abordar o atendimento individual, Eymard reflete bastante sobre a consulta médica. Ele considera que há uma rotina na consulta que permite a construção ordenada da história de vida (ou pelo menos nosológica) do sujeito. Que o diálogo com o outro fica mais rico, com a exposição do corpo ao exame físico, permitindo o acesso a elementos não informados ou disfarçados pelo usuário, isto tudo envolto em uma intensificação da confiança e da cumplicidade entre os dois. Que se explora o sofrimento até se construir um projeto de superação do mesmo. Ainda, que o médico pode enriquecer seu papel ao compreender a maneira como o usuário integra em sua vida o conjunto de ações a ele direcionadas na consulta. Para este autor, lidar com os valores do usuário é uma estratégia que enriquece a terapêutica, aumentando a chance de seguimento dos novos pactos construídos para o andamento da vida do usuário, bem como para o apoio profissional a ele destinado. (VASCONCELOS, 2008)

Quanto aos aspectos relacionados à propedêutica médica, Eymard concorda com algumas proposições defendidas por Kurt Kloetzel para organizar o atendimento individual. Para melhor conduzir a consulta clínica na atenção primária à saúde, segundo este autor, podemos realizar, nos primeiros atendimentos individuais, uma entrevista mais extensa se limitarmos os exames físicos ao que é necessário para orientar as condutas clínicas iniciais, deixando para ir conhecendo melhor os sujeitos, em seus processos biológicos de adaptação à vida, à medida em que forem sendo realizados os atendimentos subsequentes. Esta prática de um exame físico seletivo orientado pela anamnese ajudaria a evitar erros em virtude de possíveis achados casuais em um desnecessário exame pretensamente “mais extenso e completo”, por sinal,

impossível de ser efetivamente realizado. (KLOETZEL, 1999) Deste modo, poderíamos, desde o início, priorizar a análise da maneira como os sujeitos significam seus adoecimentos, dialogando com eles. Os atendimentos de retornos e visitas domiciliares assumiriam, assim, papéis essenciais e deveriam ser encarados sempre como parte de uma investigação criteriosa, não da doença, mas dos modos como os sujeitos andam na vida. Um atendimento individual qualificado, além de impacto direto em melhorias na vida em curto prazo, permitiria acesso do trabalhador aos usuários para o desenvolvimento de outras ações educativas. (VASCONCELOS, 1997)

O atendimento individual, segundo Eymard, deve ser encarado como um espaço essencial de atuação política e que pode ter caráter educativo ou não, de acordo com o modo como ele é desenvolvido. O profissional de saúde deveria ajudar a população a compreender os motivos dos processos coletivos de adoecimento que acometem sua família, e seria neste processo de conscientização que se desenvolveria a posição política dos sujeitos. Este momento de atendimento individual geralmente está limitado a períodos de encontros curtos entre profissional e usuário, o que exige preparação para aproveitá-lo adequadamente. E ele não fala somente de conhecimentos técnicos, mas também da realidade em que a população está inserida. Enfatiza que a educação em saúde, que geralmente é trabalhada como elemento para a saúde coletiva, deve ser vista como um saber necessário para o atendimento clínico individual. (VASCONCELOS, 2006a; 2006b; 1997)

Eymard considera que “o posicionamento político de um cidadão nasce da compreensão que tem do que está acontecendo com o seu corpo e com a sua família.” (VASCONCELOS, 1997, p.36) Sendo assim, defende o espaço do atendimento individual como processo de educação política a ser desenvolvido entre trabalhador

e usuário. O profissional, para desenvolvê-lo, precisa, além de formação teórica, conhecer a realidade em que está inserido, compreender como se dão os fluxos sociais de produção da vida em determinada localidade. Sendo assim, Eymard não considera que todo e qualquer tipo de atendimento por parte do profissional de saúde seria um momento pedagógico. O que daria este caráter ao encontro de trabalhador e usuário seria a capacidade de se promover a conscientização do outro em relação às situações de exploração e opressão pelas quais passa. Tais processos seriam mediados a partir da compreensão ampliada das dinâmicas que levam ao seu adoecimento e da maior ou menor facilidade de acesso ao cuidado.

Para Eymard, as pessoas que procuram atendimento nos serviços de saúde vão em busca de ser ouvidas, de se sentirem escutadas, de perceberem que o outro se responsabiliza por ela, reforçando a relevância das relações entre profissional e usuário. Ele enfatiza que, no trabalho em saúde, é fundamental lidar com elementos trágicos da vida, dimensões afetivas que mobilizam intensamente a subjetividade dos usuários, o que, necessariamente, afeta o trabalhador. A maneira tradicional de se distanciar para conseguir a objetividade não responde adequadamente, segundo ele, nem às necessidades dos usuários, nem às dos trabalhadores. (VASCONCELOS, 2006b)

Eymard defende que o profissional de saúde precisa superar o distanciamento e se deixar, consciente e inconscientemente, afetar com a intensidade de emoções que são mobilizadas no trabalho em saúde. É fundamental integrar a dimensão afetiva como parte relevante do trabalho em saúde: “para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente como pessoa inteira.” (VASCONCELOS, 2006a, p.68) Aqui, ele se aproxima da concepção do encontro na saúde entre trabalhador-usuário como espaço intercessor, como

é formulado por Emerson Merhy. O filósofo francês Gilles Deleuze cunha o conceito de intercessor quando analisa as relações entre diferentes modos de criação entre filosofia, arte e ciência. Ele considera que os intercessores são o que permitem a criação, e que é necessário fabricar seus intercessores, que podem ser materiais ou não. (DELEUZE, 1992) Merhy recorre ao conceito deleuziano, concebendo como trabalho intercessor o agir em saúde, o qual produz ações de saúde com valor de uso no desenvolvimento de modos mais autônomos de se caminhar na vida. Para ele, enquanto em diversos tipos de trabalho a relação produção/consumo é mediada pelo mercado (através da relação de vários produtos com valores de uso e de troca), na saúde, tal interseção se dá de imediato, com produção e consumo ocorrendo simultaneamente no ato do trabalho vivo. (MERHY, 2002c; 1997)

Para operar o trabalho vivo, segundo Merhy, seria necessário orientarmos nossas práticas para além da realização de procedimentos e centrar nossas ações a partir das afetações produzidas no encontro. Este autor, partindo da formulação de Gonçalves (1994), que ampliou a concepção de tecnologia para abordar também os saberes tecnológicos, propõe uma nova conceituação para as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. Passa, então, a denominar: por tecnologias leves, as tecnologias de relações envolvidas na produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalhos; por tecnologias leve-duras, os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia; e por tecnologias duras, os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas governamentais. (MERHY, 2002b; 2002c) Partindo desta formulação, este autor tenta aprofundar o entendimento da organização do trabalho em saúde.

A produção do cuidado nos serviços de saúde passa a ser central nesta compreensão dos modos de se organizar o trabalho em saúde. Merhy (2003) identifica, assim, que o trabalho em saúde produz atos de saúde, como acolhimento, procedimentos individuais e coletivos, entre outros; estes atos promovem uma intervenção sob a forma de cuidado individual e coletivo que tenta produzir como resultado cura, promoção ou prevenção que levem a um impacto nas necessidades de saúde dos usuários. Esta produção do cuidado apresenta, assim, uma dimensão cuidadora que é comum a todos os profissionais e também uma dimensão específica de cada profissional.

Nos serviços de saúde, então, para se produzir o cuidado, é necessária a articulação de três tipos simultâneos de produção: a produção dos insumos, que desenvolve um certo modo estruturado de produção burocrático-administrativa e logística; a produção dos procedimentos profissionais centrados, um modo quase-estruturado de produção de procedimentos de saúde; e a produção da dimensão cuidadora, um encontro matriciado destes dois processos com o de produção do cuidado em saúde, essencialmente em ato e quase-estruturado, ou mesmo não estruturado. (MERHY, 2002c)

Merhy (2002c) identifica que os serviços, hegemonicamente, operam a partir de problemas específicos, dentro da lógica do modelo neoliberal das profissões, que subordina a dimensão cuidadora às dimensões profissionais específicos, tendo o saber médico como central, empobrecendo os núcleos específicos dos demais trabalhadores da saúde, inclusive em suas dimensões cuidadoras. Para superar tal situação, a dimensão cuidadora deveria ter a centralidade no trabalho em saúde, sendo preciso que o trabalho vivo, orientado pelas tecnologias leves e leve-duras, organizasse os diferentes processos

produtivos fundamentais para a construção de um trabalho intercessor produtor de autonomia.

Se usasse tais conceitos em suas produções, acredito que Eymard defenderia a necessidade de a dimensão cuidadora tomar a centralidade no trabalho em saúde; ele consideraria que a educação popular em saúde, além de ser uma tecnologia leve-dura, teria grande capacidade de ajudar a desenvolver novas tecnologias leves para o trabalho em saúde; ainda, que a autonomia e a potência produtora de vida dos usuários deveriam ser orientadoras das relações produzidas no trabalho intercessor.

Prosseguindo, identifico na obra de Eymard a radical defesa do diálogo como estratégia capaz de definir a melhor conduta a ser tomada na prática clínica. (VASCONCELOS, 1997) Ele considera que:

[...] 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 sócio-econômico 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. (VASCONCELOS, 1996, p.101)

O cuidado é fruto de um processo relacional entre sujeitos, que se constrói no encontro trabalhador/usuário, onde opera uma micropolítica dos encontros, em que atuam e disputam diferentes lógicas, muitas vezes contraditórias. (MERHY, 2002b) Neste campo, vemos aproximações entre as perspectivas de defesa que Eymard faz de que a prescrição deva se dar em processos de negociação de condutas (VASCONCELOS, 2006b) com a formulação de Luis Claudio de Carvalho. (CARVALHO, 2009)

Ao admitir as disputas e diferentes perspectivas entre trabalhadores e usuários, Eymard propõe estruturar um atendimento individual baseado no diálogo, em que profissional e usuário, portadores de saberes diferentes e ambos necessários, possam aprender juntos os melhores caminhos a serem trilhados. Estes espaços dialógicos seriam essenciais para que os profissionais construíssem, em parceria com os usuários, intervenções a partir de seus conhecimentos biológicos e sociais mediados pelos saberes dos usuários sobre a própria dinâmica de vida, os quais iriam compreendendo melhor. Nesta relação, os usuários, por sua vez, adquiririam conhecimentos técnicos que poderiam ajudar nas suas lutas individuais e coletivas. (VASCONCELOS, 1998; 1997)

De modo próximo, Luis Claudio de Carvalho valora o usuário como sujeito do processo de cuidado e toma por analisador das relações entre trabalhador e usuários o que ele denominou por disputa de planos de cuidado, ao reconhecer como legítimo o embate de diferentes planos de cuidado construídos por eles. Entretanto, disputa, para este autor, não representa, necessariamente, conflito

num sentido destrutivo, podendo ser algo positivo, desde que adequadamente elaborada pela equipe. Ele valoriza a existência de “um processo efetivo de disputa pelo cuidado em saúde, não sendo um momento negativo de resistência, mas uma parte fundamental para compor os planos terapêuticos.” (CARVALHO, 2009, p.13) Este autor considera as divergências de projetos, que sempre ocorrem no cotidiano, como uma potência para a atenção à saúde, fazendo a ponderação de que isto dependerá da maneira como as equipes compreendem e lidam com elas. “Essa disputa opera várias lógicas, como as profissionais, as éticas e as políticas. Assim, esta situação tem o potencial de propiciar o aperfeiçoamento do trabalho em saúde desenvolvido pelos profissionais e os cuidadores.” (CARVALHO, 2009, p.24)

Por fim, Eymard destaca que o atendimento individual, por mais que seja potente, também tem seus limites, entre os quais destaca: como a identificação dos problemas e a construção das alternativas são realizadas individualmente, os usuários teriam maiores dificuldades em constatar os processos coletivos em que estão envolvidos; as alternativas ficam menos ricas por não contarem com a participação de outros olhares. (VASCONCELOS, 1997) Para superar estes problemas, deveríamos buscar a ampliação dos interlocutores na construção do cuidado, seja através de atendimentos voltados para o conjunto das famílias, ou desenvolvendo ações fora do serviço de saúde voltadas para os grupos sociais.

- A abordagem à família

Um dos temas mais frequentes e relevantes na produção de Eymard é a necessidade de o profissional alargar sua abordagem para os grupos familiares, de aprender a lidar com as famílias, entendendo-as como produtoras de cuidados que são essenciais e que tornam muito ricas as possibilidades de apoio nas classes populares. Os cuidados que são produzidos em casa, na sua visão, devem ser valorizados não apenas pelo seu papel na biologia da doença, mas em virtude da mobilização de afetos e significados que provoca na pessoa doente, bem como no conjunto de pessoas que se envolvem na sua execução. (VASCONCELOS, 1996)

Para Eymard, um ponto central é o conceito de família com que se trabalha, sendo importante entendê-la como algo em constante transformação. Ele considera que, nas classes populares, não temos um modelo único tido como parâmetro de família semelhante à família nuclear burguesa, hegemônica no imaginário em nossa sociedade como padrão moral. Este modelo ainda serve como referência para boa parte dos profissionais de saúde, e a sua ausência, ou menor força, nas famílias das classes populares, Eymard compreende como fruto de processos históricos. Sua análise remonta à maneira como as diferentes matrizes constitutivas de nossa população foram se desenvolvendo ao longo dos séculos: os escravos eram separados de seus meios familiares e eram submetidos à escravidão, os retirantes nordestinos precisavam largar a família para ganhar o sustento nas grandes cidades, entre outras dinâmicas sociais. (VASCONCELOS, 2008)

Tal compreensão se faz necessária, a fim de que se evitem atitudes moralistas perante as famílias que não se encaixam no tradicional padrão nuclear. Diante de

situações complexas, é essencial abandonar a concepção a que se recorre comumente de “família desestruturada”, sendo necessário é entender como cada uma está permanentemente se reestruturando. Para além da estrutura, reconhecer os fluxos contínuos de constituição e transformação das relações entre seus membros. A abordagem a uma família deve buscar processos constantes de desterritorialização seguidos de reterritorialização. (GUATTARI; ROLNIK, 2005) Esta questão é central, pois os profissionais de saúde são formados para diagnosticar e tratar os indivíduos e, muitas vezes, o momento em que um membro da família melhora é justamente quando o outro descompensa. O sintoma circula e o cuidado deve ser amplo e permanente. (LANCETTI; AMARANTE, 2006)

Um aspecto relevante a se considerar nas famílias das classes populares é o papel que as mulheres assumem, de cuidadoras e batalhadoras pelas melhores condições de saúde para os parentes. Elas também têm papel importante na manutenção de redes de apoio social entre o conjunto dos membros das comunidades. (VASCONCELOS, 1996; DIAS, 1991)

As famílias apresentam diferentes aberturas para o apoio dos profissionais de saúde e, muitas vezes, é difícil identificar a concepção que eles fazem de nossas ações. Uma das maneiras de se compreender a visão que as famílias fazem dos profissionais, segundo Eymard, seria percebê-la a partir do olhar das crianças. Elas nos apresentariam, de maneira mais transparente, os sentimentos que os demais membros têm de nós. (VASCONCELOS, 2008)

Eymard valoriza a construção de oportunidades de análise fora do contexto em que geralmente os profissionais se relacionam com as pessoas das classes populares. Em certa ocasião (descrita em um de seus livros), ao finalizar uma atividade educativa, ele ficou em um bar enquanto

as pessoas da comunidade voltavam do trabalho e conversou com os que passavam e ficavam por ali. Nesta oportunidade, relata que conseguiu acessar dimensões da vida deles que não eram possíveis a partir do atendimento no serviço de saúde, ajudando-o a ressignificar a relação que eles desenvolviam com a bebida, os vínculos afetivos e familiares, entre outros aspectos. (VASCONCELOS, 2008)

Em algumas situações, há um desencontro entre o diagnóstico médico e a percepção de saúde por parte dos usuários. Por exemplo, em momentos em que a equipe encontrava crianças com avançado grau de desnutrição, entre outros problemas, e que os parentes não as consideravam doentes, pois elas viviam brincando, e “a alegria era o parâmetro que tinham para avaliar a saúde das crianças.” (VASCONCELOS, 2008, p.117) Em outras ocasiões, perante qualquer alteração, mesmo sutil, ocorrida em um filho, há mães que correm assoberbadas para o serviço de saúde. O profissional precisa compreender tais singularidades nas maneiras das famílias lidarem com a própria vida, evitando definir uma conduta “adequada” e passar a exigí-la indistintamente de todas as pessoas.

O acompanhamento familiar é potente para lidar com as limitações dos atendimentos individuais, mas diante de uma população heterogênea, torna-se fundamental concentrar energias em algumas situações, como estratégia para garantir a equidade. O acompanhamento diferenciado a famílias em situação de risco pode ter impactos importantes na redução da mortalidade por causas evitáveis nas comunidades. Um dos modos de identificação destas famílias pode ser o diagnóstico de manifestações intensas de doenças facilmente tratáveis pelas práticas terapêuticas existentes. Um marcador bastante relevante, segundo Eymard, pode ser a presença de criança com desnutrição grave. Entretanto, vale salientar que, muito mais relevante

que a identificação de determinados fatores de risco estancados, a dinâmica familiar e as redes sociais de apoios a que ela se articula é que conseguem ser preditoras da maior ou menor vulnerabilidade a que estão submetidas. Até porque a abordagem a ser desencadeada não deverá objetivar a mera reversão de tal ou qual indicador, mas o apoio à produção de maiores graus de autonomia e de autocuidado. Deve-se ter consciência, entretanto, que para diversas famílias em situação mais vulnerável, seus problemas são tão profundos que não podem ser curados, mesmo assim, eles sempre podem ser cuidados. E para trabalhar com tais pessoas, além de atendimentos individuais e familiares no consultório, seria importante o acompanhamento sistemático com visitas domiciliares. (VASCONCELOS, 2008; 1998)

Na visão de Eymard, sempre que encontrar situações de pessoas que são cuidadas por familiares, o profissional deve valorizar tal atitude, fazendo reforço positivo. A palavra de apoio do profissional de saúde tende a apresentar grande peso na interpretação das pessoas. No outro extremo, não é incomum identificar situações de violência intrafamiliar, que geralmente se torna um ponto crítico nas relações entre os trabalhadores e a população. Além de agir de acordo com os princípios éticos de garantir a vida e segurança das pessoas ameaçadas ou vivendo situação de violência, o profissional precisaria compreender como a violência está presente na dinâmica de vida da comunidade onde atua, para poder desenvolver as melhores estratégias de apoio. (VASCONCELOS, 2008) Diante deste desafio, ele vê movimentos distintos entre os sujeitos das classes populares.

Em determinados momentos, analisa como os trabalhadores rurais, vítimas da capitalização da produção rural e da ostensividade dos latifúndios, migrando para

as periferias urbanas, são deslocados da identidade de detentores de um ofício e dos valores tradicionais inerentes à condição de trabalhador. Estes sujeitos acabam se concentrando nos ganhos materiais, frutos do trabalho assalariado, que permitem o valor de provedor da família; entretanto, tal construção subjetiva se encontra constantemente ameaçada pelos baixos salários, o desemprego e as relações opressivas existentes para com os trabalhadores. Contraditoriamente, desenvolve-se, assim, a concepção do trabalho como algo negativo, como uma atualização de uma concepção do período escravista. Neste contexto, surge a violência como revolta e expressão da luta de classes, mas que se esgota por ser uma revolta sem projeto de transformação social. (VASCONCELOS, 2008)

Por outros caminhos, identifica outras modificações na identidade das classes populares. Segundo Eymard, elas vêm sofrendo intensa transformação nas periferias urbanas, a pobreza tendo perdido a ideia de agregar valores morais e espirituais, como pregou o catolicismo por séculos, sendo vivida agora como privação. Isto gera uma busca por alegria, mesmo fugaz, para encobrir as dificuldades de viver o cotidiano, levando a uma impressão de alienação em virtude da desproporcionalidade da ênfase na alegria diante de tantas limitações. A rigidez das regras sociais tradicionais tem sido questionada, mas há obstáculos concretos para superação dos desafios da vida, impossibilitando o acesso a um conjunto de benefícios que a sociedade atual disponibiliza aos membros das classes mais ricas. Isto produz insatisfação, revolta, levando para o Estado uma expectativa de provedor de bens, a qual antes era direcionada para os patrões. Por outro caminho, veem as possibilidades de ascensão oriundas do mundo da comercialização das drogas e de outras práticas ilegais, mas que além de agregar mais recursos econômicos, institui outras relações de poder. (VASCONCELOS, 2008)

Em diversos momentos, por outro lado, Eymard afirma que a dinâmica de vida dos pobres da América Latina é mais rica do que a das populações em outras regiões, segundo ele, em parte, pelo fato de construírem suas concepções de mundo a partir de suas explicações religiosas, de construírem outros valores familiares e redes de apoio social que levam a relações mais solidárias. Ele afirma que “a vida pulsa de forma fascinante e misteriosa em todos os grupos sociais. Mas entre os pobres latino-americanos esta pulsação se revela de forma mais escancarada pelo jeito emocionado e aberto como vivem e se mostram.” (VASCONCELOS, 2006b, p.298) Embora, em vários momentos, identifiquemos em Eymard uma análise crítica da vida dos pobres, pode ser identificada aqui uma certa visão mítica do pobre, muito próxima da concepção cristã afirmada pela teologia da libertação de opção preferencial pelos pobres, da valorização da riqueza que seria não apenas presente, mas quase que inerente à pobreza. Outros autores compreendem desta forma a riqueza da vida dos pobres. Diante destas perspectivas, é preciso fazer reservas quanto aos fluxos de produção de subjetivação, que são cada vez mais sociais e integradores do conjunto de sujeitos. Tem sido menos frequente identificar grupos populacionais que não estejam inseridos nas dinâmicas de subjetivação da lógica capitalística de ser. (GUATTARI, 1990)

O entendimento profundo destas dinâmicas exigiria dos trabalhadores encarar as relações destas famílias de forma mais complexa do que geralmente tem sido feito na maioria dos serviços. Eymard enfatiza a necessidade de se abordar de maneira ampla a dinâmica familiar para se produzir um cuidado mais adequado e eficiente. Para ele, ao invés de evidenciar a eventual falta de solidariedade entre as pessoas, seria mais importante trabalhar com as dificuldades existentes nas formas de ajuda mútua existentes. (VASCONCELOS, 2008)

Outro tipo de problema a ser abordado na relação familiar seria a dificuldade que elas teriam, eventualmente, em cuidar de pessoas que não conseguem cuidar de si. Em relação às crianças, por exemplo, Eymard defende que não podem ficar alijadas de seus direitos de cidadania em virtude de situações de crise que acometam seus pais e responsáveis, sendo atribuição dos serviços sociais, incluindo os de saúde, construir estratégias que defendam seus interesses. (VASCONCELOS, 2008)

Segundo Eymard, a família e a vizinhança apresentam importante papel no desenvolvimento das redes de apoio social, consideradas uma das iniciativas da população que tem grande efeito no fortalecimento da capacidade de autocuidado e de conseguir graus crescentes de autonomia (VASCONCELOS, 2006b), necessidades de saúde relevantes, segundo a taxonomia desenvolvida por Cecilio. (2001) Eymard defende que os profissionais de saúde têm um papel importante no acionamento e no fortalecimento de redes de apoio social junto à população. (VASCONCELOS, 2008)

Para compreender melhor a potência destas propostas e reflexões, recorreremos novamente à “cartografia da gestão do cuidado”, formulada por Luiz Cecilio. Até este momento, resgatamos a formulação deste autor a partir da definição das três dimensões descritas anteriormente neste texto, quais sejam a “dimensão profissional”, a “dimensão organizacional” e a “dimensão sistêmica”. Em produções posteriores, para além destas dimensões, Cecilio agregou, em nível mais interno do seu desenho, dois círculos, os quais se refeririam à “dimensão individual” e à “dimensão familiar”. Luiz Cecilio caracterizou, então, estas cinco dimensões como imanentes entre si, nenhuma sendo mais importante que a outra. (CECILIO, 2009b)

Estas novas dimensões agregam referências para

pensarmos mais sobre os elementos de autocuidado que definem o modo de andar a vida dos sujeitos. Na “dimensão individual”, que trata do cuidado de si, Cecilio não percebe o *indivíduo* como um ser *individualizado*. (CECILIO, 2009b) Em sua formulação, considera um indivíduo/sujeito, transversalizado pela política, construído na produção de disputas pelos sentidos da vida, que se dá no campo da política. Por exemplo, as micropolíticas onde se desenvolvem as expressões das singularidades dos sujeitos encontram-se na dimensão individual desta cartografia.

Por “dimensão familiar” também não se está referindo a relações morais entre os sujeitos, mas aos processos de cuidado do outro que se desenvolvem dos mais diferentes modos nas relações que estabelecemos. (CECILIO, 2009b) Sendo assim, família não se limita apenas aos vínculos de parentesco determinados pela consanguinidade, e sim pelos modos como os sujeitos vão construindo suas relações nos processos sociais.

Em publicação posterior, Cecilio avança em suas formulações ao agregar ainda o que denominou por dimensão “societária”, que seria a mais ampla delas, enfocando o modo como se produz a cidadania e o direito à vida em certa sociedade. Para ele, esta é a “dimensão do encontro da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população.” (CECILIO, 2011, p.529)

Nas proposições de Eymard desenvolvidas até aqui, considero que ele consegue ofertar muitas reflexões em relação às dimensões individual, familiar, profissional e societária da gestão do cuidado, propostas por Cecilio (2011; 2009a; 2009b) em sua cartografia.

Por fim, embora Eymard afirme que é fundamental considerarmos as dimensões familiares dos problemas

identificados individualmente nos serviços de saúde, ao mesmo tempo, considera que, para muitos problemas, a família não representa a instância mais adequada de intervenção, sendo apenas uma das possíveis instâncias a serem recorridas. Tal situação exige, novamente, flexibilidade de atuação por parte dos serviços, a fim de adaptarem suas ações às necessidades de cada caso. Ele chama a atenção para um desafio importante de articular abordagens familiares de forma integrada à luta política dos movimentos sociais existentes. Entretanto, considera que há ainda muitos desafios para o acesso à intimidade da vida dos pobres. (VASCONCELOS, 2008)

- Análise do Programa Saúde da Família

Não por acaso, boa parte da obra de Eymard se dedica a reflexões sobre o trabalho em serviços de atenção primária em saúde (APS). Por um lado, entendo tal ênfase como sendo em virtude destes serviços estarem voltados, geralmente, para o atendimento das pessoas mais pobres, a quem fariam acompanhamento ao longo do tempo. Neste sentido, Eymard estaria tentando oferecer ferramentas para os trabalhadores que têm o papel de ajudar as classes sociais as quais ele assume a opção política de defender. Por outro lado, tal opção seria um certo investimento na lógica de valorização da realização do trabalho de base, coerente com sua concepção pedagógica também, pensando na pedagogia do oprimido, bem como na histórica relação desta corrente com as comunidades eclesiais de base da teologia da libertação. Outro motivo desta preferência pelos serviços de APS como lugar de investigação e de produção de suas análises é que ele acredita que os desencontros entre a medicina e os saberes populares podem ser superados mais facilmente neste âmbito de atenção. (VASCONCELOS,

2008) Ao mesmo tempo, ao defender a transformação das práticas de saúde, afirma que ela é difícil de ser conseguida na lógica disciplinar hegemônica, pois acredita que, para ser possível o diálogo, é necessário que os sujeitos considerem e legitimem a fala do outro. Ele considera que a mera inserção na APS ou a realização de ações educativas não é capaz de produzir outro modo de cuidado. (VASCONCELOS, 2006a; 2006b)

Aproxima-se, aqui, da perspectiva defendida por Favoreto (2007), para quem a construção dialogada do cuidado se depara com alguns obstáculos: quando se identifica a competência dialógica como determinada pelo modelo de atenção e não como construção de um saber, como se isto fosse inerente ao simples fato de se estar na atenção básica, por exemplo, e não o fosse possível em um serviço de atenção secundária ou terciária; quando se atribui a possibilidade da prática dialogada a habilidades pessoais e não a saberes possíveis de serem apreendidos, sendo recorrente a justificativa de que se trataria de um dom de alguns trabalhadores; ou quando se depara com as limitações impostas a estas perspectivas pela própria racionalidade biomédica hegemônica, que centra o processo de cuidado nos saberes tecnicocientíficos dos profissionais.

Para o período de interesse nesta pesquisa, que toma para análise as produções publicadas a partir de meados da década de 1990, a compreensão das proposições de Eymard para a APS só é possível se temos em mente que, nestes anos, com o processo de descentralização da gestão do SUS, o Ministério da Saúde inicia e expande a proposta do Programa Saúde da Família (PSF)³, tendo como

³ Embora o Ministério da Saúde brasileiro venha, nos últimos anos, modificando a ênfase do nome de Programa Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família (ESF), neste texto, opto por trabalhar com o termo programa e a sigla PSF, por ser o termo mais presente na maior parte das referências de Eymard que abordam esta política.

motor principal um aumento considerável no investimento financeiro do governo federal nos municípios que aderissem a esta proposta. Torna-se, então, mais forte em todo o país a disputa pelos modos como se estrutura a saúde no nível local.

Embora ele identifique avanços nesta expansão da APS no SUS, considera que são ainda relativamente poucas as experiências que têm permitido um aprofundamento da relação entre os profissionais de saúde e a população. Ao mesmo tempo em que o PSF coloca milhares de profissionais de saúde tendo que atuar cotidianamente diante das limitações do modelo tradicional de atuação, esta tensão não estaria sendo capaz de transformar as práticas de saúde, entre outros motivos, por sua proposta ter pouca ênfase na mudança das relações culturais e políticas com a população. (VASCONCELOS, 2004) Defende que se perde em especificidade ao denominar por atenção à família as práticas tradicionais que vêm sendo desenvolvidas junto aos indivíduos e aos coletivos pela maior parte das equipes. Uma atuação restrita a diversos programas, lógica por muito tempo enfatizada e que facilitou a expansão do PSF, acabou por empobrecer a atenção prestada, por propor abordagens simplistas para as dinâmicas complexas existentes na vida das comunidades. (VASCONCELOS, 2008)

Eymard defende que, para atuar sobre necessidades de saúde complexas, é necessário que modifiquemos o modo de olhar para o território onde atuamos, bem como ampliarmos os tipos de recursos que colocamos à disposição da produção do cuidado. (VASCONCELOS, 2008) Com relação à maneira como compreendemos o território de vida da população, as agregações realizadas a partir da compreensão do território como processo em constante transformação representam um importante avanço conceitual, por exigir análises dos atores em disputa

na produção social. (MENDES, 1993) Entretanto, há uma limitação nesta concepção por não abranger os territórios de produção da subjetividade, por não abordar a produção da vida. Fica claro isto quando se delimitam as áreas de abrangência das equipes em serviços que trabalham com adscrição de clientela; nestas situações, as atividades são voltadas para determinada localidade geográfica, mesmo que as pessoas não produzam toda ou a parte mais relevante de sua existência nestes lugares. Representam um indicador disso as dificuldades encontradas em conseguir acesso aos cuidados em saúde por moradores de rua, ou pessoas que trabalham a maior parte do tempo fora do local de moradia. Seria importante, então, forjar conceitos e estratégias de atuação sobre o território capazes de abranger as diferentes políticas de produção de subjetividade. (GUATTARI; ROLNIK, 2005) Tal compreensão exigiria a invenção de modos mais dinâmicos de acompanhar e cuidar das pessoas com diferentes necessidades, como crianças que passam o dia todo ou moram na rua, pessoas em uso degradante e suicida de drogas, usuários de serviços de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial, entre outras. (COELHO NETO, 2009; LANCETTI, 2006)

Para agir nesta perspectiva, é fundamental disparar articulações com outros setores de políticas públicas, ações bastante estimuladas por experiências que se baseiam nas formulações da promoção da saúde (FERREIRA; BUSS, 2002), tais como no modelo das cidades saudáveis. (SILVA JR, 1998) Entretanto, vários destes processos apresentam muitos entraves burocráticos inerentes ao modo como funciona a gestão do Estado, sendo às vezes mais eficazes articulações locais do que movimentos articulados pelas esferas maiores de governo. (VASCONCELOS, 2008)

Em relação à constituição da equipe, Eymard identifica um avanço na inserção dos agentes comunitários de saúde.

É necessário pensar, entretanto, que eles podem ter papel importante na construção da autonomia da população, como também podem desenvolver processos que fortalecem a medicalização da vida no território. (FRANCO; MERHY, 2003) Eles fazem parte da comunidade e, ao mesmo tempo, da equipe de saúde, tendo institucionalmente o papel de “traduzir” as diferentes compreensões existentes entre estes atores, permitindo assim o diálogo entre seus saberes, quando há construção de território comum de atuação entre todos. Infelizmente, nem sempre a mediação dos agentes de saúde leva a que as relações ocorram desta forma. (SILVA et al., 2006) Para potencializarmos seus papéis, a formação destes profissionais é uma etapa essencial, e deve articular uma oferta inicial de saberes tecnicocientíficos necessários ao desenvolvimento de suas atribuições de forma dialogada com os saberes que eles já possuem, mas também a estruturação de processos de educação permanente destes sujeitos por parte da equipe de saúde. (SILVA et al., 2006; VASCONCELOS, 1997)

Um problema salientado por Eymard se refere às maneiras muito rígidas de se construírem as agendas das equipes de PSF. Modos burocráticos de funcionar que levam à proliferação de filas e exigências diversas dos serviços à população levam à exclusão dos mais miseráveis, agindo em sentido contrário à equidade. No momento em que a equipe se abre para a realidade das pessoas, as necessidades de saúde que se expressam e passam a exigir uma abordagem interdisciplinar. (VASCONCELOS, 2008; 1997)

Para desenvolver atividades de educação em saúde, os profissionais também precisam aproveitar os momentos fugazes que acontecem no cotidiano dos serviços. Porém, ele reconhece que “não se desenvolve um trabalho sistemático e ampliado de educação em saúde apenas com iniciativas espontâneas.” (VASCONCELOS, 2008, p.192) Propõe

associar ações educativas e de pesquisa em grupos menores e disseminar o conhecimento aí produzido por meios de maior alcance comunicativo. Entretanto, os processos de educação em saúde voltados para coletivos geralmente são conduzidos pelo programa ou doença enfatizados em determinados momentos, sem uma preocupação com a continuidade do processo ou com a integralidade da abordagem junto à população. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004)

Discutindo o modo como se configuram as agendas de atenção a grupos em unidade de atenção básica à saúde, Marcelo Land considerou que boa parte das equipes desenvolvem o que ele denominou por “agenda de Ong”⁴. Por este termo, ele quis identificar alguns modelos explicativos dos processos sociais que são desenvolvidos por determinadas entidades, que atuam em vários países, e que definem certos modos de se delimitarem os recortes do conjunto de pessoas da população e o modo como atuar junto a elas. (LAND, 2009)

Assumindo a “agenda de Ong”, constroem-se na população certos recortes de grupos específicos de interesses, sobre os quais se apresentam, *a priori*, uma série de explicações sobre suas necessidades sociais, as quais embasam um conjunto de intervenções. (LAND, 2009) São sempre as “minorias” nas nossas sociedades, tais como os idosos, as crianças e as gestantes, por exemplo, os grupos mais comumente tomados como foco nas “agendas de Ong”.

As intervenções sobre tais grupos, embora se revistam de discursos avançados, entretanto, têm de fato

⁴ A noção “agenda de Ong”, apresentada neste texto, foi formulada por Marcelo Gerardin Poirot Land em debate junto à linha de pesquisa Micropolítica do Cuidado e o Trabalho em Saúde, da Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 05 de junho de 2009.

desempenhado relevante papel na lógica do biopoder, do controle e da produção de devires identitários. (HARDT; NEGRI, 2005; 2001) Faz-se necessário compreender tal problemática para que se possa evitá-la e superá-la. Identificar a reprodução de uma “agenda de Ong” e produzir sua crítica coloca a possibilidade de pensarmos novos modos de se produzirem coletivos junto com a população. Embora sejam legítimas várias ações coletivas que se propõem, não devemos partir sempre de recortes apriorísticos dos segmentos populacionais que devem constituir “nossos” grupos, nem termos explicações formatadas sobre suas necessidades para, a partir delas, estruturarmos um conjunto de ofertas.

- Gestão do trabalho em equipe

Um dos valores mais relevantes para a educação popular é a construção coletiva dos processos de luta. Nesta perspectiva, devem-se evitar iniciativas isoladas, pois embora mais demoradas, as atividades construídas coletivamente têm maior potencial de transformação e de continuidade. (VASCONCELOS, 2008) Sendo coerente com tal perspectiva, Eymard se coloca, em várias situações, questões sobre o modo como se dão as relações entre os trabalhadores de saúde, bem como pensa em maneiras de se conduzir melhor a gestão do trabalho entre eles.

Ele defende que as equipes que se orientam pelos princípios da educação popular em saúde desenvolvem outras interações, ao se questionarem sobre as relações de poder estabelecidas. Considera que mesmo profissionais sem formação específica para a saúde, mas que atuam em serviços de saúde, como auxiliar de limpeza, secretária, motorista, entre outros, precisam passar a participar de

processos de discussão sobre o funcionamento do serviço, assim como serem qualificados para realizarem seus trabalhos de modo a serem, com suas especificidades, também cuidadores. (VASCONCELOS, 1997)

Ele identifica potências na complexificação das redes de cuidado, em que os profissionais precisam se articular para produzir a integralidade da atenção:

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. (VASCONCELOS, 1996, p.106)

Embora veja as potências, Eymard concorda que o campo da saúde é atravessado de disputas pelo controle de determinados setores de atenção à saúde, como quando

analisa uma situação em que profissionais da saúde mental tentavam manter para si o monopólio da ação sobre aspectos afetivos no trabalho coletivo. (VASCONCELOS, 2008)

Para tentar compreender o modo como os diferentes profissionais precisam se articular no desenvolvimento de seu trabalho, Gastão Campos propõe que eles pactuem constantemente as ações que são específicas de cada profissional, as quais estariam constituindo o seu núcleo de competências, e que compartilhassem as ações que deveriam ser comuns a todos, que por sua vez estariam dentro do campo de competências de todos os profissionais da saúde. A negociação das atribuições que estão constituindo o núcleo de cada profissional e o campo de atribuições comuns é fundamental, pois elas não são estanques, variando de acordo com a constituição de cada equipe, dos problemas com os quais estão tentando lidar e, mesmo, de acordo com a singularidade de cada usuário. (CAMPOS, 2002; 2000; 1999) Dialogando com tal perspectiva, Ricardo Ceccim propõe que este trabalho em equipe multiprofissional, entretanto, seja orientado segundo uma perspectiva entredisciplinar, onde os saberes não se agregariam apenas, mas se relacionariam, inclusive delimitando as situações para as quais eles reconheceriam suas insuficiências e se lançariam ao desafio de produzir o novo. (CECCIM, 2006)

Utilizando outros conceitos, Eymard defende a educação em saúde como campo de práticas de todos os profissionais e não como saber nuclear a determinada categoria profissional ou a especialistas em educação. Na perspectiva que Eymard a desenvolve, posso afirmar que a educação popular em saúde, além de constituir elemento do campo comum de atuação do conjunto dos profissionais, permitiria o desenvolvimento de relações na lógica da entredisciplinaridade. (VASCONCELOS, 2006b)

Para além das transformações entre as relações disciplinares, é importante delimitar que a complexificação das redes de cuidado coloca a necessidade de outras reflexões. Esta articulação de serviços deve se dar porque a tecnologia de que o usuário necessita, em diversos momentos de sua vida, pode não estar disponível nos serviços de atenção básica; por isso, é fundamental sua articulação em uma rede, cuja garantia do acesso deve ser uma responsabilidade do sistema e não fruto de uma luta individual de cada usuário. (CECILIO, 2001) Sendo assim, os serviços devem se articular em redes de cuidado progressivos, em que todos devem ser vistos como pontos de conexão, potenciais portas de entrada e de interlocução para promover o cuidado integral no sistema. (CECCIM; FERLA, 2006; CECILIO, 1997) Indo na radicalização desta concepção, cada trabalhador em qualquer serviço de saúde deveria se perceber como sendo ele mesmo uma porta de entrada de acesso do usuário para o conjunto do sistema de saúde. (MATTOS, 2007)

Desse modo, a transformação da atenção exige a articulação de serviços com ofertas diversas que se integrem em redes de cuidado progressivo, permitindo a construção de linhas de cuidado. Estas linhas de cuidado, ao mesmo tempo em que devem estruturar ofertas para responder às necessidades de saúde do conjunto dos usuários, devem permitir aos profissionais executarem projetos terapêuticos que articulem os nós capazes de singularizar os trajetos que os usuários deverão desenvolver na trama constituída pelos serviços de que ele necessita. (CECCIM; FERLA, 2006; CECILIO; MERHY, 2003; FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003)

Eymard, ao discutir a necessidade de dialogicidade na sua reflexão sobre a educação popular em saúde, coloca questões que podem ser trabalhadas de modo muito próximo a reflexões sobre o cuidado, gerando ofertas

importantes para se pensar a gestão do cuidado em saúde. Por exemplo, afirma que, ao propor processos coletivos de construção de intervenções:

diante de uma situação complexa, o importante é fazer uma roda de conversa, problematizar a situação de modo participativo e buscar estudos teóricos que contribuam no seu entendimento. Mas trata-se de uma problematização não presa apenas ao debate de aspectos biológicos e sanitários. Mesmo o problema mais corriqueiro de saúde está ligado com questões sociais globais. É o entendimento de cada questão, relacionando suas dimensões biológicas, psicológicas, ambientais, culturais, sociais, econômicas e políticas, que permite uma compreensão mais profunda. (VASCONCELOS, 2006b, p.291)

Embora este trecho tenha sido disparado a partir de uma reflexão sobre os processos de educação em saúde, acredito que há aí uma oferta muito boa para ser considerada em processos de cuidado individual e coletivo. De certo modo, configura-se aqui, e em outras reflexões presentes na obra de Eymard, uma proposta de construção coletiva do que alguns autores denominam por projetos terapêuticos singulares (PTS), em que são articuladas intervenções dos profissionais, dos familiares e de representantes da população no conselho local de saúde para alcançar metas pactuadas coletivamente, que vão desde tratamento medicamentoso individual à articulação de reuniões com representantes do poder público. (VASCONCELOS, 2008; CUNHA, 2005)

Em muitas ocasiões, as reuniões de equipe, comuns nas agendas de trabalho da saúde da família, funcionam apenas para consolidação de planilhas para alimentar

os bancos de dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, ou então para discutir aspectos burocráticos desarticulados da gestão do cuidado. A elaboração de PTS representa instituir novos sentidos para estes momentos, trazendo para o foco não aspectos normativos do serviço, mas as necessidades de se ofertarem modos mais qualificados de se produzir a atenção. Campos (2003) analisa que nem todas as situações que chegam à unidade de saúde demandam a elaboração coletiva de um PTS por parte da equipe, propondo que se discutam e definam coletivamente as situações que exigem tal abordagem. A construção de projetos terapêuticos singulares deve envolver todos os trabalhadores, permitindo que as várias pessoas possam contribuir de modos diferentes, de acordo com os distintos vínculos existentes e saberes que manejam, na análise do caso em sua singularidade, na proposição de caminhos e na sua coordenação. (CARVALHO; CUNHA, 2006; CUNHA, 2005) A elaboração e acompanhamento de PTS é uma ferramenta importante para o desenvolvimento de uma adequada gestão do cuidado. O mais importante, porém, é que os projetos terapêuticos singulares tenham como finalidade não a resolução de processos patológicos pontuais, ou mesmo crônicos, e sim a construção de graus maiores de autonomia dos sujeitos nos seus modos de andar a vida, colocando no centro a produção de autopoiese. (MERHY, 2007b; 2002c)

Para atuar diante de relações de trabalho tão complexas, lidando com situações de vida de intenso sofrimento, Eymard defende que os profissionais precisam desenvolver estratégias de processamento dos afetos que lhes são mobilizados. Diante de determinadas situações de miséria constatadas pelas equipes de saúde, há uma série de reações: dúvida, imobilidade, depressão, raiva, indignação, perplexidade, entre outras. (VASCONCELOS, 2008) Em reflexões como estas, ele identifica elementos que

afirmam a necessidade de os profissionais desenvolverem processos de autoanálise, a fim de lidarem com tais dimensões interiores que os afetam. Ele também discute sobre a relevância de se implementarem momentos para que o profissional desenvolva a escrita reflexiva das suas vivências como estratégia de trabalhar melhor suas dimensões afetivas mobilizadas no mundo do cuidado. No momento em que se passe a lidar com a emoção, a intuição e a sensibilidade no trabalho em saúde de modo mais intensivo, evitando o recalque, acredita que é importante se criarem espaços pedagógicos que permitam a sua reflexão. (VASCONCELOS, 2006b) Ao mesmo tempo, Eymard faz severa crítica aos processos de educação dos profissionais de saúde que se organizam em treinamentos com a intenção de repassar informações. (VASCONCELOS, 2008)

Tanto para permitir outras maneiras de desenvolver o processo de aprendizagem, mas também para ajudar os trabalhadores a lidarem com as dimensões afetivas que estão relacionadas ao seu cotidiano profissional, como ainda para disparar a instituição de novas relações micropolíticas nos serviços, vários autores propõem a estratégia da educação permanente em saúde, em que as diversas dimensões do trabalho em saúde são tomadas como objeto para o processo coletivo de reflexão. (CECCIM; FEUERWERKER; 2004) Embora conheça tais reflexões sobre a educação permanente, Eymard defende a educação popular como método para lidar com as relações entre a equipe. De certa forma, para ele, o que não é educação popular, acaba sendo trabalhado como “práticas educativas formais”. Não há em seus textos grandes aberturas para discussão, interlocução, explicitação de possibilidades de diálogo com outras perspectivas pedagógicas, que eventualmente tivessem capacidade de serem agregadas ou, em algumas situações, de substituir a educação

popular. Eymard até realiza, em alguns momentos, críticas relevantes à educação popular, por exemplo, ao afirmar que “símbolos e gestos têm significado educativo que repercute independentemente de sua verbalização. Mas a educação popular tem, tradicionalmente, se restringido à consideração de dimensões conscientes de trocas de saber.” (VASCONCELOS, 2008, p.51) Mesmo assim, ele sempre se remete à educação popular como o método adequado para lidar com a necessidade de diálogo entre trabalhadores e usuários, para mediar as interações entre os trabalhadores nas relações de equipe e com os gestores. Eymard afirma que a educação popular não é a única perspectiva pedagógica que se baseia na problematização, entretanto, a considera “a pedagogia não diretiva baseada na problematização que mais consegue integrar as dimensões política, cultural, ecológica, subjetiva e técnica” (VASCONCELOS, 2006b, p.279), por isso sua preferência em relação a ela.

Eymard considera que o adjetivo popular presente na denominação da perspectiva da educação popular não se remete ao público à qual ela é destinada, sendo possível trabalhá-la com estudantes universitários e trabalhadores da saúde, por exemplo, que também vivem relações de opressão e de degradação institucional. Para ele:

O adjetivo *popular* do nome da educação popular refere-se, portanto, ao projeto político que orienta sua proposta pedagógica: a busca da construção de uma sociedade igualitária e justa por meio de processos participativos, de forma que os mais oprimidos não sejam apenas beneficiados, mas atores centrais no processo de mudança. (VASCONCELOS, 2006b, p.294, grifo do autor)

Esta concepção é, em parte, o que o leva a defender a educação popular como o método adequado a ser utilizado

nos processos de formação de profissionais de saúde nos cursos de graduação e pós-graduação, bem como nos processos de educação permanente dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde.

Ainda sobre as relações que se desenvolvem nos estabelecimentos de saúde, Eymard faz uma reflexão sobre a constitutividade do conflito, o qual estaria sempre presente nos processos em que há investimento de pessoas que se envolvem com o cotidiano dos serviços. Para ele, haveria muitos caminhos e distintas formas de enxergar e lidar com os conflitos, não sendo possível sua superação apenas com boas doses de bom senso, compreensão e de amor entre os diferentes membros.

Esta concepção é relevante, até porque rompe com uma concepção funcionalista, muito forte ainda, baseada na teoria geral dos sistemas, onde se considera que existe um único propósito para o conjunto das pessoas e processos de trabalho, no caso a promoção da saúde da população, o qual seria suficiente para ordenar as atividades técnicas e administrativas dos serviços. Existiria um objetivo geral comum a todos os atores envolvidos no sistema. Entretanto, tais concepções não se sustentam quando observamos, por exemplo, os fortes interesses corporativos operando no cotidiano dos serviços de saúde segundo seus múltiplos projetos privados. (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1994) É por isso que Merhy afirma que:

[...] o grande problema para a construção de uma rede básica [...] é em grande parte a radicalidade democrática e a politização dos grupos sociais, que atuam nos espaços de gestão dos processos de trabalho e dos estabelecimentos de saúde, exigindo que os interesses privados dos diferentes grupos sejam postos *no* e *pelos* coletivos publicizados, em um intenso e dinâmico

processo de publicização dos espaços de gestão organizacional e do trabalho. (MERHY, 2002a, p.228, grifos do autor)

Este grande problema coloca para nós a necessidade de elaborarmos arranjos organizacionais em que as diferentes disputas existentes entre os projetos dos atores envolvidos na atenção à saúde sejam explicitadas e publicizadas. Mas para além da mediação dos conflitos, também um modelo de gestão em que o conjunto dos sujeitos envolvidos possa participar dos processos de análise da situação, definição de prioridades e avaliação das propostas implementadas. Diante deste desafio, Eymard propõe a criação de espaços periódicos de reunião, em que os sujeitos poderiam analisar conjuntamente e definir as melhores soluções negociando com as diferenças existentes nos grupos. Acredita que, com estas reuniões, além de se conduzirem os problemas do cotidiano, se estará modificando o modo hegemônico de funcionar a medicina. (VASCONCELOS, 1997)

Segundo Gastão Campos, uma estratégia importante seria pensar em arranjos organizacionais na produção dos serviços de saúde que permitam outras relações entre os sujeitos, como romper com determinados desenhos tradicionais e propor organizações de unidades produtivas de acordo com os valores de uso agregados para o cuidado e os coletivos necessários para sua produção. A gestão destas unidades produtivas deveria contemplar, necessariamente, os sujeitos que trabalham nelas, independente de categorias profissionais ou outros recortes administrativos. A implementação de espaços de co-gestão dos serviços de saúde se inscreve nas propostas que tentam superar o modelo hegemônico, de base taylorista, de gestão de serviços de saúde, apostando que os sujeitos se coproduzem ao mesmo tempo em que produzem os atos de saúde. Estes espaços teriam funções básicas administrativas, políticas, pedagógicas e terapêuticas. A constituição dessas

estratégias dependeria da vontade política dos diferentes atores envolvidos, bem como da existência de condições objetivas para tanto. Gastão parte do pressuposto de que os espaços de co-gestão fortalecem a constituição de sujeitos e a democracia institucional, diminuindo a alienação dos trabalhadores no processo de cuidado, gerando outros tipos de corresponsabilização, ampliando suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade, facilitando a circulação de saberes e potencializando a expressão de afetos e a maneira como se lidam com as relações intersubjetivas no coletivo organizado. (CAMPOS, 2002; 2000)

Diferentes interesses existem entre os atores sociais que constroem os serviços de saúde e, neles e em suas práticas, se apresentam aspectos de suas singularidades, mas também aí refletem as forças hegemônicas e em disputa na sociedade. Esta situação seria geradora de conflitos no serviço, os quais se apresentam explicitamente, ou ficariam encobertos. Tais conflitos, entretanto, deveriam ser encarados e trabalhados como matéria prima importante para a gestão e a construção de novos pactos, que temporariamente responderiam melhor aos diferentes interesses em jogo. (CECILIO, 2005; CAMPOS, 2002; 2000) Eymard acredita que a educação popular permite uma construção mais elaborada e adequada de ações para se lidar com os conflitos. Seu potencial de promover uma melhor condução de situações conflituosas se daria pelo fato de permitir “ampliação dos canais de interação cultural, negociação de interesses, troca de saberes, intercâmbio de sentimentos e explicitação de significados simbólicos presentes na relação entre os diferentes atores envolvidos nos problemas de saúde.” (VASCONCELOS, 2008, p.265)

Os espaços de co-gestão permitem que a disputa micropolítica pelas decisões dos profissionais encontre um espaço de construção de pactuações. Diversas relações de

poderes se sustentam nos processos microdecisórios de determinados profissionais que exercem seus poderes de formas mais intensas; estas relações podem ser disputadas e, neste processo, se construirão pactos capazes de constituir diversos mediadores institucionais. (MERHY, 2003) A co-gestão, juntamente com o controle social, são alguns dos agenciamentos que permitem disputas capazes de se ampliarem os componentes anti-capitalísticos (MERHY, 2007b) nas práticas realizadas nos serviços de saúde.

Para além do debate da constituição de espaços coletivos dentro do serviço, Eymard também acredita que “as mudanças institucionais não passam necessariamente por decisões acordadas explicitamente nas reuniões.” (VASCONCELOS, 2008, p.97) Ele enfatiza a dinâmica potente dos espaços informais como lugar de se processarem as emoções dos profissionais. Para ele, as conversas informais e as iniciativas não discutidas teriam poder educativo e político importante e não deveriam ser desvalorizadas. Pondero que é preciso, entretanto, construir parâmetros éticos para que os espaços informais não se constituam em lugares onde a vida dos outros é definida, sem que eles possam participar destes processos. (MERHY, 2009)

- Concepções sobre a gestão da saúde e o Estado

Um aspecto fundamental - embora numa leitura desatenta até possa parecer secundário - na obra de Eymard se refere à concepção que ele tem da gestão da saúde, sobre as possibilidades de transformar a produção da saúde a partir do lugar da gestão, entre outras questões que versam sobre a ocupação de instâncias governamentais na estrutura do Estado.

Para dar a dimensão disto, vale resgatar a primeira dedicatória presente em um de seus livros, que foi oriundo de sua tese de doutorado. Eymard o oferece:

[...] aos modernos *barões* e *duquesas* do setor saúde que, inspirados no desejo de expandir os serviços à população, mas seduzidos pelo poder, se têm empenhado com extremo ardor e radical intolerância na reforma do sistema de saúde por meio da racionalidade administrativa gestada na indústria capitalista. Instigado por seus autoritarismos e por suas desconsiderações sobre a complexidade da dinâmica de relação entre os serviços de saúde e a população, mobilizei-me nessa pesquisa para respeitosa e pronunciar, com maior clareza, minha discordância. (VASCONCELOS, 2008, p.7, grifos do autor)

Mercês Somarriba, que orientou sua pesquisa de doutorado, já chamava a atenção para o caráter irônico desta dedicatória sobre os barões e duquesas, enfatizando o quanto ali ele explicita uma luta contra os processos de aprisionamento na máquina burocrática do setor saúde. (SOMARRIBA, 2008) Em diversos momentos do referido livro, ele vai desenvolvendo uma visão crítica da gestão, que tende a aparecer como absorvida em projetos próprios, descolados dos interesses e ritmos dos movimentos locais. (VASCONCELOS, 2008) Vale salientar que a tese, que deu origem a este livro, foi desenvolvida a partir de uma pesquisa-ação realizada por ele em uma unidade de saúde no município de Belo Horizonte, no primeiro mandato da gestão reconhecida como iniciar a construção de uma das mais robustas redes de saúde do país. (CAMPOS et al., 1998) Sendo assim, posso inferir que não é por desconhecer experiências importantes de gestão pública da saúde que

Eymard desenvolve uma concepção crítica como a que apresenta.

Acredito que a base de suas concepções pode ser encontrada na crítica que faz à “administração científica” taylorista associada ao fordismo, que levou à fragmentação do processo de trabalho nos serviços de saúde, entre outros aspectos. Nesta, a divisão do trabalho não se limita à produção material, expandindo-se para a produção intelectual e também do setor saúde. Ele compreende que tal lógica, que aliena o trabalhador do produto de seu trabalho, embora tenha servido para o desenvolvimento do capital, também foi assimilada pelas experiências soviéticas de gestão do Estado. Ele faz uma análise do papel que o Estado cumpriu no desenvolvimento do capital, enfatizando o modelo keynesiano no século XX, e como tal Estado passou, progressivamente, a ser regido pelas lógicas da “administração científica do trabalho”. Eymard identifica nestes movimentos uma despersonalização da dominação burguesa. Ele afirma que a expansão desta lógica, entre outros campos, tem sido hegemônica na maneira como vêm sendo implementados os serviços de atenção primária para as classes populares, em que há uma intensa alienação dos trabalhadores, uma restrição das ações a técnicas simplificadas e uma ampliação do poder de burocratas que assumem a gestão do sistema. (VASCONCELOS, 1989)

É no bojo desta análise, diria macroeconômica e macropolítica, dos interesses do capital que Eymard desenvolve sua concepção sobre a gestão da saúde, apontando uma crítica a boa parte da esquerda sanitária brasileira. Para ele, um investimento de militância a partir do lugar do Estado, mesmo que os sujeitos tivessem boa vontade, sempre estaria, em último caso, desenvolvendo ações em prol dos interesses das elites. Compreendendo desta forma a atuação por dentro da estrutura do Estado,

Eymard defende que é preciso ir além da luta pela apropriação e expansão estatal dos serviços médicos e da tentativa de desenvolver uma racionalização gerencial dos recursos, pois isto só tem ampliado os espectros de exploração capitalista sobre a vida. Ele nos convoca, assim, a questionar a própria racionalidade que vem sendo implementada nestes serviços. (VASCONCELOS, 1989)

Contra tal concepção taylorista de gestão, ele propõe a “organização do trabalho baseada na autogestão, a administração realizada a partir da participação de todos os profissionais.” (VASCONCELOS, 1997, p.63-64) Eymard defende que os serviços de saúde sejam controlados pelos trabalhadores organizados. Ele considera ainda que “a democracia mais profunda se assenta sobre a democracia no mundo da produção. O próprio trabalho em saúde é uma frente de luta pela criação de uma sociedade onde cada setor produtivo será gerido de forma democrática.” (VASCONCELOS, 1997, p.64)

Outros autores concordam com as propostas de democratização da gestão, defendidas por Eymard, embora apresentem outra maneira de compreender o papel do Estado neste processo, bem como as possibilidades de luta a partir da ocupação dos espaços de gestão governamental. Acreditam que é possível tornar realmente público o processo de gestão, desenvolver novos coletivos que disputem lógicas distintas nas relações políticas e institucionais no Estado, garantindo outra atenção à vida de milhões de pessoas a partir da rede pública. Gastão Campos e Emerson Merhy, por exemplo, concordam que a gestão dos serviços deveria (e poderia) se dar de forma compartilhada e coletiva, considerando os trabalhadores como sujeitos e não como meros recursos, de modo que os diversos interesses privados pudessem ser publicizados e trabalhados por todos, explicitando as disputas e construindo pactos

provisórios para o funcionamento dos serviços. Desenvolver tal gestão nos serviços de saúde, entretanto, exige apostas na construção de espaços onde a micropolítica do cuidado possa ser trabalhada coletivamente, inclusive nos espaços de gestão governamental. (MERHY, 2003; CAMPOS, 2002; 2000)

A análise de Eymard aposta pouco nas possibilidades de se disputarem outras lógicas de governo por dentro do Estado. Ele concebe o Estado como sendo a cristalização dos interesses da classe dominante; no caso da sociedade capitalista, dos interesses da burguesia. A origem deste Estado, segundo Emir Sader (1998), deveria ser compreendido na própria evolução da classe burguesa:

À sua forma de existência como classe hegemônica, a burguesia faz corresponder formas políticas determinadas, conforme o estágio de desenvolvimento em que se encontra. Neste momento em que essa hegemonia se define, a necessidade de revolucionar incessantemente as forças produtivas faz com que, politicamente, seja possível *um Estado que se identifique com a Nação*. (SADER, 1998, p.69, grifos do autor)

Numa perspectiva de análise muito diferente, para Foucault (2008), precisamos rever e combater em nossas análises a hipervalorização do Estado, pois, em nosso momento histórico, mais importante do que a estatização da sociedade é o que ele denominou por “governamentalização” do Estado. Ele afirma que não se governam os estados, e sim o que se governa é a própria vida, os homens é que se governa. Este autor situa o nascimento do Estado por dentro do desenvolvimento de uma certa “governamentalidade”, conceito este que define como:

[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros - soberania, disciplina - e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado.” (FOUCAULT, 2008, p.143-144, grifos do autor)

Para Foucault, o Estado se constituiu a partir do desenvolvimento das técnicas de poder, como uma produção de uma sociedade “governamentalizada”. O Estado não é uma coisa: “não se pode falar do Estado-coisa como se fosse um ser que se desenvolve a partir de si mesmo e que se impõe por uma mecânica espontânea, como que automática, aos indivíduos. O Estado é uma prática.” (FOUCAULT, 2008, p.369)

De certa forma, embora reconheça o papel que a “administração científica do trabalho” desempenhou no desenvolvimento do Estado burguês, parece ser, em último caso, a “mecânica” ou a “física” da evolução de um

Estado-coisa, segundo os interesses da classe burguesa, que orienta a leitura realizada por Eymard. Novamente recorrendo a Foucault: “O Estado não pode ser dissociado do conjunto das práticas que fizeram efetivamente que ele se tornasse uma maneira de governar, uma maneira de agir, uma maneira também de se relacionar com o governo.” (FOUCAULT, 2008, p.369)

Não foi com a criação do ente Estado que se desenvolveram uma série de aparelhos para manutenção e reprodução de seu poder; pelo contrário, o Estado representa um novo arranjo de um conjunto de instituições preexistentes. Ele se configura como um efeito de uma razão governamental, que produziu uma racionalização da arte de governar. (FOUCAULT, 2008) Considerando estas reflexões de Foucault, entre outras referências, acredito serem relevantes as possibilidades de atuação no espaço governamental, não como única instância, mas como lugar possível de se agir no sentido de se desenvolverem outras lógicas de governo dos homens, com os homens, disputando, assim, com a “governamentalidade” vigente.

- Caminhos e desafios para a educação popular em saúde

Como últimas reflexões a partir da obra de Eymard Vasconcelos em relação ao tema de interesse para este estudo, considero relevante salientar sua preocupação em garantir continuidade às experiências inovadoras de cuidado que são desenvolvidas. Diante da necessidade de se viabilizar a sustentabilidade de iniciativas exitosas junto aos serviços, reconhecendo a instabilidade institucional reinante, ele enfatiza a necessidade de se dar mais peso aos processos de “difusão cultural das experiências mais avançadas”, lançando mão inclusive de “estratégias

educativas e de comunicação.” (VASCONCELOS, 2008, p.247) Para tanto, ele considera necessário buscar o apoio dos sujeitos que ocupam a gestão governamental para além da mera realização de discursos favoráveis.

Eymard coloca que “não basta a existência de coerência técnica e administrativa numa proposta de reorganização da atenção à saúde se ela não for compatível com as características culturais, corporativas e econômicas dos atores envolvidos na sua instituição.” (VASCONCELOS, 2008, p.272) Sendo assim, é fundamental construir propostas dinâmicas e capazes de se transformar ao longo do tempo. De certa forma, para ele, seria preciso desenvolver o que Eduardo Melo denominou por “*Sustentabilidade Instituinte*”, segundo a qual determinadas experiências exitosas devem ser mantidas, ao mesmo tempo em que elas precisam investir permanentemente na própria reinvenção, ponderando que o que se quer manter já foi novo em outro momento, bem como compreendendo como constitutivos os processos instituintes dos coletivos. (MELO, 2008)

Considerando novamente que a educação popular em saúde é mais que um saber, também é uma pauta política que promove a articulação de movimentos sociais, Eymard expõe, com muita clareza, um desafio posto pela pós-modernidade aos movimentos que desenvolvem tal perspectiva metodológica. Para ele:

A educação popular em saúde se caracteriza hoje pela diversidade. Sua riqueza está na diversidade. Mas, ao mesmo tempo, ela precisa de uma identidade para não se tornar um sal que não salga, algo sem uma perspectiva de transformação e sem utopia. Dentro da diversidade buscada, que elementos comuns configuram a nossa identidade? (VASCONCELOS, 1997, p.263)

Para superar estes desafios, uma boa oferta pode ser encontrada no conceito-projeto de Multidão, proposto por Michael Hardt e Antonio Negri. Segundo esses autores, a Multidão - conceito aqui apresentado de forma extremamente esquemática e resumida - representaria um projeto de classe que se constitui politicamente a partir da produção do comum pelos diferentes que mantêm e afirmam a riqueza das suas singularidades na multiplicidade. (HARDT; NEGRI, 2005)

Eymard reconhece que, diante da crise da pretensão de totalidade dos grandes projetos teóricos inerentes à pós-modernidade, bem como das limitações das tentativas de ação ampliada do Estado, os movimentos sociais nos meios populares têm reorientado suas perspectivas de ação. Enquanto anteriormente se buscavam grandes transformações estruturais e globais, atualmente, valorizam-se avanços conseguidos a partir de lutas e intervenções de âmbito mais circunscrito. Diante de tal desafio, Eymard não se coloca na imobilidade social, defendendo que continuemos a atuar, por compreender que se as famílias “têm sua miséria profundamente condicionada pela forma de organização da economia e da política mundial, a degradação em que vivem as torna pouco capazes de participar como atores importantes da luta por mudança social.” (VASCONCELOS, 2008, p.130) É por isto que ele defende que a ação do profissional de saúde, mesmo sob problemas periféricos das famílias pobres, pode ter impacto positivo em sua constituição como sujeitos políticos. Ele afirma que:

Ações que resgatem, ainda que parcialmente, a dignidade dessas famílias podem estar contribuindo para a alteração do jogo político de forças da sociedade. Ao mesmo tempo, a maior atenção às dimensões locais dos problemas sociais

gerais pode contribuir no esclarecimento de sua complexidade e de sua dinâmica. (VASCONCELOS, 2008, p.130)

Quanto ao debate sobre a pós-modernidade, embora reconheça as crises e críticas feitas ou extensivas à educação popular por parte de autores que se colocam nesta perspectiva analítica, Eymard mantém a aposta nas suas bases metodológicas, em virtude do reconhecimento da existência de movimentos sociais que continuam a desenvolver experiências concretas de luta pela saúde e a vida. Ele insiste também por participar da luta, não apenas por se remeter a determinada perspectiva teórica. Não obstante, ele não desenvolve o debate de que nem todos os autores que reconhecem a passagem da modernidade para a pós-modernidade caem no imobilismo ou no reconhecimento da impossibilidade de grandes projetos de transformação social. Há autores que reconhecem as transformações inerentes a esta etapa da história humana, mas não abandonam a possibilidade de construção de grandes narrativas. (NEGRI, 2003)

Um último aspecto que trago para o debate sobre a obra deste autor se remete ao desafio que se coloca para quem assume o lugar de sujeito político que Eymard ocupa: o intelectual que defende os oprimidos, mas que tem o compromisso de não assumir o lugar de falar em nome do outro. Em diálogo registrado entre Deleuze e Foucault, já em 1972, ambos traziam contribuições importantes para o reposicionamento do papel do Intelectual. Para Deleuze:

O intelectual teórico deixou de ser um sujeito, uma consciência representante ou representativa. Aqueles que agem e lutam deixaram de ser representados, seja por um partido ou um sindicato que se arrogaria o direito de ser a consciência deles. Quem fala e age? Sempre uma

multiplicidade, mesmo que seja na pessoa que fala e age. Nós somos todos pequenos grupos. Não existe mais representação, só existe ação: ação de teoria, ação de prática em relações de revezamento ou em rede. (DELEUZE apud FOUCAULT, 2004a, p.70)

Em seguida, Foucault afirma para Deleuze que:

O que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a ideia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso também faz parte desse sistema. O papel do intelectual não é mais o de se colocar “um pouco na frente ou um pouco de lado” para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da “verdade”, da “consciência”, do discurso. (FOUCAULT, 2004a, p.71, grifos do autor)

Faz-se necessário, então: pensar o papel do intelectual não como uma consciência representante ou representativa; compreender as relações de poder onde ele mesmo está inserido como intelectual; analisar como se está lutando contra estas relações de poder que colocam o intelectual no lugar de agente da “consciência” e do discurso do outro. Questões como estas são relevantes para serem discutidas por todos que atuam na educação popular em saúde. Em minha análise, conforme os vários elementos demonstrados até aqui, acredito que Eymard não assume esta atitude de “falar em nome de”. Em todas as situações, ele fala a partir do lugar do profissional da saúde que se vê diante do desafio, colocado por sua opção política, de tentar dialogar com os usuários de seu trabalho de modos mais democráticos. Não toma para si o bastião de defensor dos pobres, de afirmar a superioridade de suas concepções; em alguns momentos, pelo contrário, até afirma, em determinadas circunstâncias, a necessidade de disputar com eles as suas concepções a partir das nossas construções de mundo, de nossas relações de saber; afirma a necessidade de, em certas situações, se contrapor “a atitudes e discursos de alguns grupos e pessoas dos meios populares.” (VASCONCELOS, 2008, p.142)

Seria mais possível afirmar que se encontra nele uma insistência em demonstrar a necessidade de se legitimar a fala do outro. As tentativas de construção teóricas desenvolvidas por ele buscam explicitar os desencontros entre as perspectivas dos trabalhadores e da população que eles atendem, valorizando a potência existente na vida dos usuários das classes populares, e compreender como as perspectivas destes sujeitos podem ser melhor assimiladas na prática médica. Também, em compreender as distintas acumulações presentes nas relações de poder heterogêneas entre estes sujeitos, tentando construir outras relações na prática de saúde, colocando no centro

da produção do cuidado a necessidade de saúde do outro e a ampliação de sua autonomia. Ele tenta sempre “ampliar os canais de interação cultural e de negociações entre os atores profissionais e populares envolvidos em problemas concretos de saúde.” (VASCONCELOS, 2008, p.132) Pode não ser a real desconstrução das relações de poder, mas aponta para a sua explicitação e para a luta contra elas.

Conclusão

Após as exposições realizadas sobre a constituição da educação popular em saúde e o debate sobre as formulações de Eymard Vasconcelos em relação ao cuidado em saúde, apresento algumas reflexões sobre pontos que considero centrais para a constituição da obra deste autor e que se remetem a aspectos importantes para boa parte dos que produzem na mesma perspectiva teórica e política que ele. São elementos que permitem realizar algumas sínteses, a partir do que já foi apresentado nas seções anteriores.

Em suas produções, Eymard analisa diversas experiências educativas desenvolvidas em serviços de saúde e identifica o caráter autoritário da maioria delas, referindo parte desta característica à própria racionalidade científica que orienta a medicina, que nos tornaria insensíveis e invisíveis para a vida. Até pelo fato de ter muitos anos de atuação como professor do curso médico, parte da atitude política de Eymard em seus textos está voltada para demonstrar as limitações dos saberes formais da saúde, mas em especial do saber médico, em lidar com as situações complexas da vida das classes populares. Sendo assim, ele sempre se remete a esta questão, no sentido de delimitar as insuficiências desta perspectiva disciplinar de atuar na saúde. Para realizar tal crítica, busca valorizar os conhecimentos da medicina popular, mas, principalmente,

demonstra, em incontáveis ocasiões, os resultados negativos das ações tradicionais de educação e de cuidado em saúde, bem como analisa os exemplos positivos em que ocorreram diálogos mais substanciais entre os sujeitos.

Eymard nega a “racionalidade científica como caminho único para a obtenção da verdade.” (VASCONCELOS, 2008, p.278) Ele acredita que, para ser possível o diálogo, é necessário que os sujeitos considerem e legitimem a fala do outro. Para compreender melhor seus interlocutores e os problemas em que vivem, remete sua análise para os processos históricos de constituição da atualidade. Olhar direcionado para os processos materiais de produção da realidade, para as relações de poder entre as classes sociais em luta, para a maneira como as classes dominantes conduziram as políticas sociais do Estado segundo seus interesses, entre outros elementos. Tais análises são devedoras de diversos pensadores das ciências sociais de cunho marxista, da antropologia cultural, da psicologia junguiana, da teologia da libertação, recorrendo em algumas situações a pensadores que fogem destas perspectivas, como Michel Foucault, para compreender a dinâmica das relações de poder.

Embora tal perspectiva eclética permita uma abordagem complexa das situações que toma para análise, há sempre alguns marcadores que centralizam o conjunto das ofertas metodológicas dos autores a quem Eymard recorre. Um dos principais seria a defesa dos interesses das denominadas classes populares. Ele concebe as classes populares como sendo constituídas pelos oprimidos nas relações da sociedade capitalista. É na condição da opressão que ele compreende o mundo das relações sociais: exploração econômica, política, social, entre outros campos. É com este recorte, também, que vê o trabalhador da saúde: o oprimido pelo gestor.

Neste sentido, para desenvolver análises que

politizem e permitam a superação das relações de opressão, a educação popular seria a metodologia adequada para trabalhar com as classes populares. Mas, para além de ferramenta pedagógica, a educação é utilizada como tecnologia para lidar com o cuidado. A educação deveria ser caixa de ferramenta do cuidador, mas ela não seria apenas isso. Ele trabalha com o cuidado, mas a partir da lógica da educação reorientando o cuidado. Analisa o cuidado para entender como ele está dentro de uma perspectiva que deveria ser reorientada pela educação popular em saúde, e que, para tanto, seria preciso compreender como se dão as relações de poder entre os sujeitos, como se estabelecem as relações de saber, constituindo como produto alternativo uma prática médica a partir do diálogo.

De certa forma, é a vinculação com os interesses das classes populares que leva Eymard, que reconhece a necessidade de disputa da clínica no trabalho em saúde, a limitar seus espaços de pesquisa aos serviços de atenção primária à saúde. Ele toma como questão para boa parte de seus estudos tentar compreender “que novos delineamentos metodológicos vêm assumindo as práticas de educação popular nos serviços de saúde no atual contexto brasileiro de democracia política e pós-modernidade.” (VASCONCELOS, 2008, p.31) Entretanto, tende a construir uma leitura restrita a “o significado desta metodologia de atuação educativa nos Serviços de Atenção Primária à Saúde.” (VASCONCELOS, 2008, p.31, grifos do autor) Embora haja pontos em comum em relação à prática profissional em quaisquer serviços de saúde, há singularidades que levam à necessidade de se construir novos modos de pensar a atuação com especificidades para as diferentes modalidades assistenciais.

A pretensa proximidade com a realidade da vida das classes populares seria uma condição que favoreceria a conscientização dos trabalhadores da saúde bem mais do

que o seu encastelamento nas instituições hospitalares. O reconhecimento das relações de poder na medicina, que estão altamente centradas na prática hospitalar, não é suficiente para este autor resolver adentrar seu olhar e formular contribuições potentes para a transformação deste lugar. Assim como Eymard, de um modo geral, os autores da educação popular em saúde estão concentrando esforços em analisar e disputar formulações junto aos serviços de atenção primária. Acabam, deste modo, realizando ofertas importantes, mas que apresentam limitações políticas relevantes ao não tomar como campo de disputa um dos lugares - se não o lugar - onde se torna mais necessário promover a luta pela transformação das práticas de cuidado à saúde: o hospital.

Da mesma forma, outros desafios teóricos e políticos que foram colocados a partir da análise da produção de Eymard poderiam ser estendidos ao conjunto dos autores da educação popular em saúde. Por exemplo, para além das suas concepções em relação às classes populares, poderiam ser aprofundadas as reflexões sobre a concepção de educação, de sujeito, de subjetividade, de espiritualidade, pois há muita proximidade entre as formulações de Eymard e da maior parte dos pensadores desta matriz teórica, até mesmo pelo fato deste autor ser um dos que têm grande relevância e reconhecimento entre seus pares.

Para concluir, reafirmo que o foco do meu trabalho nesta pesquisa era não apenas o de apresentar a compreensão de autores da educação popular sobre o cuidado em saúde e as ferramentas que propõem para operar a gestão do cuidado. Intencionava, também, delimitar os aspectos que os levam a desenvolverem suas formulações, bem como levantar algumas possibilidades de interlocução com outras perspectivas teóricas que estão se debruçando sobre a vida pulsante nos serviços de saúde com a mesma radicalidade de defesa da vida que a educação popular

nos propõe como parâmetro ético. Espero ter logrado tais intentos. De todo modo, para melhor lidar com as eventuais frustrações referentes às limitações deste esforço teórico aqui despendido, busco uma última reflexão de Eymard. Agora, uma contribuição não mais para o tema, mas para este que está escrevendo esse texto: em certo momento, Eymard chama a atenção para que os profissionais tenham capacidade de compreender os limites de sua atuação perante o conjunto de problemas com que se deparam no cotidiano dos serviços de saúde. Para ele:

O conhecimento dos limites de sua atuação e da existência de outros diferentes parceiros na luta pela saúde da população é fundamental, pois diminui a ansiedade do profissional de saúde, deixando-lhe espaço para viver a sua própria vida pessoal e familiar. Respeitando suas necessidades individuais, acompanhando o crescimento e as brincadeiras dos filhos, passeando, vivendo amizades, amando e deixando ser amado, ele se integrará ainda mais na dinâmica social local e a compreenderá mais profundamente. Terá mesmo mais energias para o trabalho. Não se angustiando com a preocupação de atingir a curto prazo todas as metas decididas anteriormente, muita coisa boa surgirá, até mesmo a realização pessoal. (VASCONCELOS, 1997, p.138)

É possível que eu ainda deva ter contas a prestar em relação aos objetivos inicialmente propostos para este estudo, mas devo aqui apaziguar minha necessidade de escrever mais. Que os companheiros na luta pela saúde, no debate fraterno, ajudem a identificar e tapar as brechas eventualmente existentes nesta pesquisa, bem como a propor desafios não vislumbrados aqui. Neste momento, minhas filhas e esposa me esperam lá fora do escritório.

Referências

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar./ago. 2004.

ANDRADE, C.D. **Antologia poética** (organizada pelo autor). Prefácio, Marco Lucchesi. 63. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

BOFF, L. **Experimentar Deus: a transparência de todas as coisas**, Campinas, SP: Verus, 2002.

_____. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição 1988**: texto Constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.º 1 a 6/94. – Ed. atual. em 2000. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, publicado em 20 de novembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 225, Seção 1, 2013.

CAMPOS, C.R. et al. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.863-870, out-dez, 1998.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.393-403, 1999.

_____. **Um método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131)

_____. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. (Saúde em Debate, 52)

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. (Saúde em Debate, 150)

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. (Saúde em debate, 37)

_____. Sobre um novo modo para pensar e fazer saúde pública. In: VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008, p.329-331. (Saúde em Debate, 130)

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p.229-266. (Saúde em Debate, 108. Série Didática, 6)

CAMPOS, G.W.S; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 2. ed. 1994. (Saúde em Debate, 23)

CARRICONDE, C. **Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de APS**. Olinda, PE: Centro Nordestino de Medicina Popular, 2002.

CARVALHO, L.C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. Dissertação (Mestrado) UFRJ / Faculdade de Medicina, Programa de pós-graduação em Clínica Médica, 2009.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção à saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.737-768.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde numa perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006, p.165-184.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: rev. de saúde coletiva (RJ), v. 14, n.1, p.4 -65, 2004.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, Jun. 2011.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.508-516, mar./abr. 2005.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.469-478, jul./set. 1997.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface** (Botucatu), v.13, suppl.1, p.545-555, 2009a.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p.113-126.

_____. **“SUS: porque é tão difícil implementar?”** Oficina realizada no 8º Congresso da Rede Unida. Salvador: 2009b. Anotações e transcrição nossas a partir de gravação do áudio.

CECILIO, L.C.O.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.37-50.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

COELHO NETO, G.C. **O conceito de território sob a ótica da análise do processo de trabalho na atenção básica**. Recife: Universidade de Pernambuco, 2009. Trabalho de conclusão de curso (Residência médica em medicina de família e comunidade). Universidade de Pernambuco, 2009.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em debate, 162)

DELEUZE, G. **Conversações**: 1972-1990. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: ed. 34. 1992. (Coleção TRANS)

_____. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **Foucault**. Tradução de Claudia Sant'Anna Martins; revisão da tradução por Renato Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: ed. 34, 1997. v.2.

DIAS, N.M.O. **Mulheres**: sanitaristas de pés descalços. São Paulo: Hucitec, 1991. (Saúde em Debate, 44).

DONNANGELO M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 17. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

ELIAS, P.E.M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P.E.M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999. p.59-119.

FAVORETO, C.A.O. Obstáculos à ampliação da competência dialógica e interpretativa da clínica de médicos atuando na atenção primária. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p.213-229.

FERLA, A.A. **Clínica em movimento**: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul,RS: Educ, 2007.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. O que o Desenvolvimento Local tem a Ver com a Promoção da Saúde? In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local**: a experiência de Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set./dez. 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 20. ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2004a.

_____. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 11. ed. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2004b.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun., 1999.

FRANCO, T.B, MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições e desafios de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção leitura)

_____. **Pedagogia do oprimido**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994. (Saúde em Debate, 76)

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papirus, 1990. Tradução de Maria Cristina F. Bittencourt.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. rev. amp. São Paulo: Vozes, 2005.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Tradução de Berilo Vargas. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2005.

KLOETZEL, K. **Medicina ambulatorial**: princípios básicos. São Paulo: EPU, 1999.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2005b. p.169-196.

_____. Um olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO,

R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2005a. p.279-292.

_____. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p.91-102.

LACERDA, A.; VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2005. p.267-278.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.445-458.

_____. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p.249-262.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. (SaúdeLoucura, 20. Série Políticas do Desejo, 1)

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.615-634. (Saúde em Debate, 170)

LAND, M.G.P. **“Agenda de Ong”**. Anotação de fala proferida em debate na Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ. Rio de Janeiro: 2009.

MACHADO, R. **Foucault: a ciência e o saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

_____. **Nietzsche e a verdade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p.75-90.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.119-132.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2007. p.369-384.

MEDEIROS, L.C.M.; CABRAL, I.E. O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p.18-26, jan. 2001.

MELO, E.A. **A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na**

gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.

MENDES, E.V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MERHY, E.E. **Ações políticas para...** Oficina realizada no 8º Congresso da Rede Unida. Salvador: 2009. Anotações nossas.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. (org.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004, p.21-45.

_____. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (org.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Campinas, SP: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira, 2007a, p.25-37. (SaúdeLoucura, 22)

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002b, p.71-112. (Saúde em Debate, 108. Série Didática, 6).

_____. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões**. 2007b. Mimeo.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002a, p.197-228. (Saúde em Debate, 108. Série Didática, 6).

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002c. (Saúde em Debate, 145).

_____. **A saúde pública como política** - São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: Hucitec, 1992. (Saúde em Debate, 50).

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.125-143.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.15-35.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

NEGRI, A. **Cinco lições sobre Império**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

_____. **O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Tradução de Adriano Pilatti. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral: uma polêmica**. Tradução, notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

O ABECEDÁRIO de Gilles Deleuze. Entrevista concedida por Gilles Deleuze a Claire Parnet. Realização de Pierre-André Boutang, produzido pelas Éditions Montparnasse, Paris, 1988-1989. No Brasil, foi divulgado pela TV Escola, Ministério da Educação. Tradução e Legendas: Raccord.

PAIM, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: COSTA, E.A. **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PEDROSA, J.I.S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.13-17.

SADER, E. **Estado e política em Marx: para uma crítica da filosofia política**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana**. São Paulo: Boitempo, 2009.

SCHWANDT, T.A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006, p.193-218.

SILVA JR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998. (Saúde em debate, 111; Série didática, 7)

SILVA, R.V.B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006, p.91-102.

SOMARRIBA, M. Os deslocamentos atuais do campo das ciências sociais em saúde: notas de uma orientadora. In: VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.331-334. (Saúde em Debate, 130)

STOTZ, E.N.; DAVID, H.S.L.; WONG-UN, J.A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS**, v. 8, n. 1, p.49-60, 2005.

TEIXEIRA, C.F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde, s/l; 2000. p.261-281.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, sup. 2, p.7-14, 1999.

VALLA, V.V. GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2006, p.103-117.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14, sup. 2, p.39-57, 1998.

_____. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de

Saúde. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, v.14, n. 1, p.67-83, 2004.

_____. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde em Debate, 130)

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. (Saúde em Debate; 16)

_____. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: _____. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006a. p.13-157. (Saúde em Debate, 166)

_____. Formar profissionais de saúde capazes de cuidar do florescer da vida. In: _____.; FROTA, L.H.; SIMON, E. (Org.). **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006b. p.265-308. (Saúde em Debate, 169)

_____. Para além do controle social a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde In: FLEURY, S; LOBARO, L.V.C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009. p.270-288.

_____. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: _____. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p.73-100. (Saúde em Debate, 140)

_____. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. **Serviço Social e Sociedade**, v. 31, p.56-74, 1989.

_____. A terapêutica médica e as práticas populares de saúde. **Saúde em Debate**, v. 50, p.101-106, 1996.

PARTE II

MINHA PERCEPÇÃO SOBRE AS ANÁLISES DE LUCIANO SOBRE MINHA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Eymard Mourão Vasconcelos

Inicialmente, gostaria de frisar que eu me senti muito honrado em ver minha produção bibliográfica sendo motivo de uma pesquisa acadêmica tão bem estruturada. O texto de Luciano é bem escrito, claro e demonstra ter sido fruto de uma pesquisa empírica demorada. Há ainda uma atitude muito respeitosa em todo o texto para com minhas reflexões, que nem sempre consegui expressar com a clareza e a profundidade necessárias. Há muitos autores importantes no campo da educação popular em saúde; assim, ter sido escolhido para ter os textos analisados me deixou muito contente. É uma grande oportunidade de aprendizagem.

Vejo, no entanto, a importância do estudo de Luciano, não tanto por ele estar analisando os meus textos, mas por representar uma iniciativa organizada e sistematizada de diálogo entre as duas correntes pedagógicas mais estruturadas do setor saúde brasileiro: a educação popular e aquela que vem se aglutinando em torno do termo educação permanente e que reúne teóricos como Emerson Merhy, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla, Laura Feuerwerker, Túlio Franco e vários outros.

Há, além destas duas concepções pedagógicas voltadas para a reorientação das práticas assistenciais, várias outras perspectivas teóricas presentes no SUS, mas apenas estas duas conseguiram se estruturar como campos bem consolidados, com autores, artigos, livros, organizações próprias e práticas diferenciadas. Talvez, elas nem sejam as mais predominantes, pois ainda é dominante, no SUS, uma pedagogia acrítica, realizada sem maiores cuidados reflexivos, que Paulo Freire denominaria de educação bancária, em que profissionais de saúde se veem como portadores de verdades que precisam ser inculcadas e generalizadas na população e nos profissionais subalternos. São práticas pedagógicas que se reproduzem a partir da falta de investimento no estudo crítico dos desafios pedagógicos presentes no trabalho em saúde e pela perspectiva de muitos programas de saúde pública voltados para a difusão massiva de hábitos saudáveis na população. Valorizar estas duas correntes pedagógicas críticas, além de outras ainda não tão consolidadas, e fomentar o diálogo entre elas são iniciativas fundamentais para o aprimoramento do SUS.

Gostei muito da introdução do estudo de Luciano, quando ele ressalta que o campo da saúde constituiu-se, no Brasil, como um terreno de intensos debates sobre a organização das políticas públicas e que distintos sujeitos e grupos têm construído diferentes formulações teóricas para disputar nesta arena. A produção acadêmica é também produção de disputas, que costumam ficar relativamente veladas, com a maioria dos debates aparentando mais um caráter técnico. A gestão das políticas públicas é parcialmente influenciada por estas disputas acadêmicas. Mesmo que não sejam as formulações teóricas as principais definidoras dos rumos da implementação das políticas públicas, mas muito mais o contrário, as lideranças políticas é que selecionam os formuladores necessários para os seus projetos políticos, a disputa entre as diferentes concepções

teóricas gera maior ou menor adesão entre os atores do jogo político e podem modificar as lideranças institucionais. E os formuladores acadêmicos costumam também se envolver na implementação de experiências políticas públicas, lhes emprestando legitimidade. Considero que este estudo foi muito franco teoricamente ao explicitar que se situa dentro desse campo de disputas.

Assim, estas duas correntes pedagógicas mais estruturadas no campo sanitário brasileiro vêm participando, de forma ao mesmo tempo colaborativa e conflitiva, de muitas iniciativas importantes da política brasileira de saúde. Mas poucos têm sido os momentos de debate aberto e franco sobre as suas diferenças. O texto de Luciano, por se tratar de uma leitura da obra do autor mais antigo do campo da educação popular em saúde a partir da ótica dos autores mais importantes do campo denominado de educação permanente e de reflexão sobre a gestão do cuidado, ajuda muito a expressar como eles a percebem. Apesar de eu e Luciano morarmos na mesma cidade, por uma escolha metodológica de sua pesquisa, não houve um momento para encontro e discussão das suas interpretações sobre os meus textos por ele analisados. Esta atitude tornou o seu texto ainda mais expressivo desta percepção da educação popular em saúde a partir da ótica de seu grupo teórico. Neste sentido, fiquei contente de ser agora convidado para expressar minha percepção de sua leitura sobre meus escritos. Este é um caminho, em ziguezague, do diálogo entre correntes teóricas.

Vou procurar fazer este debate principalmente a partir do comentário de vários estranhamentos que tive com a forma como ele entendeu algumas das afirmações presentes em meus textos. Não concordo com várias afirmações suas a respeito do que eu escrevi. Acredito que muitas destas discordâncias têm a ver com a sua perspectiva

de leitura diferenciada. Toda leitura é uma interpretação e a sua interpretação está correlacionada à perspectiva teórica em que está vinculado e ela tem correlação com várias disputas atualmente presentes na implementação das políticas públicas. Algumas outras discordâncias devem ter acontecido por falta de clareza de meus textos e outras por pequenas faltas de maior atenção sua, o que é usual em qualquer leitura, principalmente quando há um grande volume de artigos e livros para serem analisados.

Acredito que este esforço de identificação destas diferenças seja importante para o leitor que quer entender criticamente os caminhos da educação popular em saúde. No entanto, não quis fazer uma discussão exaustiva de todas as discrepâncias, para o texto não ficar cansativo. Procurei contemplar principalmente a discussão de aspectos que ajudam a esclarecer as diferenças e complementariedades destas duas concepções pedagógicas de reorientação das práticas de atenção à saúde. Para isto, busquei aproveitar os estranhamentos percebidos para, então, procurar identificar o que julgo serem as razões que as motivaram. Portanto, este meu texto é também uma reflexão sobre alguns aspectos de minha visão crítica das concepções teóricas e das práticas políticas do grupo articulado em torno da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRJ, onde Luciano fez sua dissertação e está integrado.

Essas reflexões ficaram, portanto, bastante centradas na busca de esclarecimento daquilo que julgo ter sido uma interpretação diferente de meu pensamento e suas possíveis causas. É, no entanto, importante também frisar a complementariedade destes dois campos de trabalho teórico voltado para o aprimoramento da atenção à saúde. Entre os educadores populares do setor saúde, os textos de Merhy, Ricardo, Laura, Túlio, Alcindo e Cecílio têm sido

acolhidos com muito carinho, pois têm enriquecido suas práticas pedagógicas e de cuidado. Mas é importante fortalecer este esforço de também explicitar as diferenças teóricas e políticas de base entre estas duas concepções, pois elas são reais e estão gerando algumas tensões. Tensões não bem compreendidas teoricamente tendem a se transformar em irritações que podem dificultar muito o trabalho conjunto. Há um grande sofrimento da população com a forma como a atenção à saúde está organizada. Não são muitos os acadêmicos dedicados a formular de modo mais claro as concepções que estão por trás deste sofrimento e das propostas de reorientação. O trabalho teórico é algo muito exigente. Tenho uma grande admiração pelo esforço teórico e político de pessoas deste grupo para o aprimoramento do cuidado em saúde no SUS. Acho muito bonita esta característica do trabalho político e teórico, comprometido com a criação de uma sociedade mais justa e solidária, que mobiliza forças, ideias e movimentos que se conflitam e se criticam, mas logo em seguida se unem e se articulam. A realidade é contraditória. Não há soluções uniformes e únicas para os problemas sociais. É, ao mesmo tempo, difícil e gratificante estar participando deste processo com companheiros tão diferentes, tão semelhantes e tão ricos.

Antes de prosseguir este debate, queria expressar algumas limitações sobre a representatividade de meus escritos em relação ao pensamento mais geral da educação popular em saúde, que é muito diverso. Sou o autor mais antigo, um dos que tem maior produção bibliográfica e número de leitores e participei ativamente da organização de nosso movimento. Mas muitos companheiros não concordam inteiramente com minhas ideias. Além disso, não sou um bom teórico no sentido acadêmico mais clássico europeu e norte-americano, que constrói suas reflexões principalmente a partir de conceitos claramente definidos

nas ciências humanas e de autores bem consolidados na produção bibliográfica internacional.

Minhas reflexões se baseiam muito mais em saberes construídos a partir da experiência no trabalho social, minha e de meus companheiros, articulados e aprimorados nos espaços coletivos de debate. Talvez eu seja mais é um bom sistematizador de saberes em circulação nos movimentos de prática social e profissional em que estou envolvido. Valorizo aquilo que Paulo Freire muito defendia: “o saber da experiência feito”, ou seja, o saber construído na experiência das práticas e das lutas sociais. Esse saber pode articular-se e dialogar com conceitos e saberes do debate acadêmico clássico, coisa que Paulo Freire conseguia fazer relativamente bem. Gostaria de também poder fazê-lo bem, mas me falta conhecimento mais profundo das ciências humanas para isto. Sabedor dos meus limites, não quis, no entanto, ficar paralisado: envolvi-me em todos os debates acadêmicos que surgiram na minha militância. Eduardo Stotz, cientista social e educador popular em saúde do Rio de Janeiro frequentemente chamava minha atenção sobre a imprecisão de alguns conceitos que uso. Apenas faço o que posso, pois o conhecimento mais profundo das ciências sociais e humanas é muito exigente de dedicação e a militância tem suas outras urgências e prioridades. Por isto, nem sempre consigo me expressar bem para públicos acadêmicos que não têm a referência vivencial presente em nosso movimento. Mas esta centralidade do saber proveniente da experiência vivida e refletida coletivamente é uma característica de muitas outras produções teóricas do campo da educação popular em saúde. Neste aspecto, eu a represento bem.

Aprendi muito vendo os meus escritos sendo contextualizados no conjunto de estudos sobre a gestão do cuidado. Percebi, por exemplo, como minhas reflexões representam uma etapa, bem circunstanciada

historicamente, da produção brasileira de conhecimento sobre este tema. Meus primeiros escritos são de 1982 (artigo sobre a experiência e aprendizados como médico da atenção básica, na cidade de Pilõezinhos-PB) e outra parte significativa (os livros “Educação Popular nos Serviços de Saúde” e “A medicina e o Pobre”) de 1986, ou seja, antes da criação do SUS. O meu livro mais consistente sobre o tema, escrito a partir de minha tese de doutorado, teve sua redação terminada em 1997, quando a Estratégia Saúde da Família estava ainda em uma fase bem inicial de estruturação no SUS. O desafio sobre o qual vinha me dedicando era principalmente sobre os caminhos de reorientação da atenção à saúde por profissionais e pequenas equipes de saúde comprometidas com a busca de uma saúde mais integral e com a luta por uma sociedade mais justa e democrática. A questão da articulação entre os diversos serviços e setores institucionais para melhor gerir este cuidado no SUS era uma preocupação ainda muito inicial, pois a rede de atenção à saúde era ainda bem simples e o desafio se focava basicamente na integração entre os níveis primário, secundário e terciário. Posteriormente, dediquei-me principalmente a pesquisar outros temas como a espiritualidade no trabalho em saúde, a educação popular na formação universitária e o processo inicial de institucionalização da educação popular em saúde no SUS (que resultou na Política Nacional de Educação Popular em Saúde).

Até meados da década de 1990, a produção bibliográfica sobre a gestão do cuidado, como está expresso na própria dissertação, era ainda muito incipiente. Neste sentido, é pertinente o comentário de Luciano de que eu não dialogava com a produção deste grupo de autores, algo praticamente impossível naquela época. Mas este comentário me fez perceber e ficar admirado justamente com o contrário: é impressionante como grande parte

desta produção mais recente sobre gestão do cuidado pouco valoriza as reflexões e experiências riquíssimas e inovadoras de reorientação da atenção em saúde trazidas para o campo sanitário brasileiro, desde meados da década de 1970, pelo movimento da educação popular em saúde e por outros grupos que atuavam na época. A discussão sobre a reorientação das práticas assistenciais de atenção à saúde ganhou força e se expandiu na saúde pública brasileira principalmente a partir do movimento da educação popular em saúde, mesmo antes de ele ter este nome e ser mais conhecido como Movimento Popular de Saúde - MOPS.

Apesar de Emerson Merhy vir valorizando muito, em seus escritos, o “conhecer militante do sujeito implicado” com o trabalho social, o saber acumulado das várias experiências de saúde comunitária orientadas pela educação popular, que tanto influenciaram o Movimento Sanitário e tanto ajudaram a criar uma referência de ruptura da tradição autoritária de relação com a população nos serviços de saúde, quase não são citadas por este conjunto de autores. Tendem a desconsiderar este passado e este presente, tão espalhados nos vários recantos da nação e tão determinantes de várias das práticas mais inovadoras de reorientação dos modelos de atenção à saúde. Seus escritos estão fundados principalmente em referências teóricas europeias, como grande parte da produção acadêmica brasileira tradicional, e consideram pouco os saberes oriundos da experiência histórica vivida na América Latina. Mas estes saberes produzidos no Hemisfério Sul, oriundos de experiências sociais participativas concretas e de lutas dos movimentos sociais, vêm recebendo crescente reconhecimento acadêmico, principalmente a partir das reflexões do sociólogo português Boaventura de Sousa Santos, que reconhece neles uma epistemologia diferenciada e plural que denomina de “epistemologias do sul”.

Os dois principais estranhamentos

É muito interessante ver o conjunto de meus textos sendo analisados de forma ampla. O olhar do outro ensina. Olhares, a partir de outras perspectivas, muitas vezes surpreendem. Mas, nossa mente tende a ficar mais focada nas situações em que encontramos percepções que chocam com o que acreditamos ter expressado. Assim, fiquei bastante impressionado com muitas afirmações que foram colocadas como sendo pensamentos meus. Em muitos momentos fiquei muito mais identificado com o que seriam as críticas às minhas supostas ideias. Não acredito que estas diferenças sejam apenas pela imprecisão conceitual de minha parte. Isto ficou evidente quando algumas destas diferenças de entendimento, que considero inadequadas àquilo que julgava ter conseguido escrever, ficaram mais intensas, mostrando se tratar mais de um olhar a partir de uma perspectiva teórica que tem também conflitos com o meu pensamento e com minha prática. Isto ficou particularmente evidente a respeito de dois temas: a espiritualidade no trabalho em saúde e a minha visão do Estado e dos gestores institucionais.

A compreensão e o lidar com a espiritualidade

Luciano propôs analisar a partir de minha produção textual e não a partir de minha vida pessoal. Sou cristão, mas meus textos sobre espiritualidade têm buscado ver esta dimensão da vida humana a partir do campo da filosofia, sociologia, antropologia, medicina, saúde pública, educação e outras ciências que abordam este fenômeno. Os serviços públicos de saúde são espaços de encontro de diferentes perspectivas de espiritualidade (religiosas ou não) e é preciso desenvolver reflexões que não sejam teológicas

(feitas a partir de determinada perspectiva de fé) para que sejam válidas e produtivas institucionalmente. Um grande esforço teórico vem sendo desenvolvido nesta direção. Por esta razão, fiquei surpreso de ver Luciano trazendo um texto assumidamente cristão de Leonardo Boff (do seu livro “Experimentar Deus”), que em momento algum foi citado em meus escritos, para justificar uma análise do que seria minha visão de subjetividade. Neste trecho de seu livro, Boff diz que o ser humano é a manifestação privilegiada e consciente de Deus no mundo e, por isto, o amor está nele presente, de alguma forma, mesmo em situações de extremo pecado e extrema miséria moral. A partir desta citação de Boff, ele reconhece uma perspectiva essencialista na minha visão de subjetividade.

Leonardo Boff é um autor central em meus estudos sobre espiritualidade, mas muitos de seus textos (os que eu utilizei) não são teológicos (reflexões a partir de sua perspectiva cristã de fé) e sim filosóficos, sociológicos ou orientados pela psicologia junguiana. Ele, além de teólogo, é um grande pensador das ciências sociais e humanas. Fiquei intrigado, tentando entender o porquê de a caracterização da perspectiva de subjetividade presente em minha produção bibliográfica ter sido definida a partir de um texto não citado por mim e cujo conteúdo nem mesmo está expresso com outras palavras, no meu livro sobre Espiritualidade no Trabalho em Saúde. A meu ver, isto aconteceu porque a valorização deste tema da espiritualidade gera uma discordância intensa e emocionada por parte dos pensadores de seu grupo. Trata-se de uma discordância que irrita a ponto de impedir uma leitura mais cuidadosa de meus textos. Vários autores, como Friederich Nietzsche e Foucault, utilizados, no debate feito por Luciano, para criticar o que seria a minha perspectiva de espiritualidade e subjetividade, têm sido citados por mim como exemplos de

perspectivas não religiosas de espiritualidade importantes no mundo contemporâneo. Como coordenador do Grupo de Trabalho sobre Espiritualidade, Religiões e Saúde do último Congresso de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (em 2013), organizado pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), tenho assistido repetidamente a atitudes semelhantes. Por que este tema da espiritualidade tem gerado tanta irritação e resistência no campo da saúde coletiva, a ponto de gerar posicionamentos classificatórios que impedem até uma leitura mais tranquila de textos em análise? O esclarecimento deste aspecto é importante, pois a dimensão espiritual é bastante valorizada nas práticas e nos movimentos sociais orientados pela educação popular.

Talvez a resistência maior seja com a perspectiva cristã de espiritualidade que historicamente já causou muitas opressões, através da ação cultural e política de suas igrejas. Além disto, muitos grupos políticos, aglutinados em torno da identidade cristã e principalmente evangélica, vêm tendo posicionamentos contrários a muitas propostas levadas pelo Movimento Sanitário.

Luciano afirma em seu texto, “parte dos pensadores da saúde que têm produzido ofertas para a gestão do cuidado, e que têm valorizado a dimensão subjetiva neste processo, não compartilha da perspectiva de sujeito presente na concepção trabalhada por Eymard”, ou seja, da perspectiva cristã, na forma como foi expressa no texto de Boff e que não utilizo em meus escritos. No entanto, a ênfase teórica de meus textos sobre espiritualidade está muito mais voltada para a compreensão da diversidade e força do fenômeno espiritual na realidade do trabalho em saúde do que na defesa e na explicitação de uma determinada perspectiva de subjetividade. Sigo a perspectiva, iniciada pelo grande mestre da educação popular em saúde, Victor Valla, que se aproximou deste tema como uma forma de

buscar superar a profunda incompreensão que percebia existir entre intelectuais e sanitaristas a respeito dos novos caminhos de mobilização e luta das classes populares. Para isto, dedicou seus últimos anos de vida ao estudo do pentecostalismo cristão, que julgava representar uma das grandes mudanças culturais dos pobres urbanos, nas últimas décadas. Aproximou-se deste tema, não porque tivesse identidade pessoal com esta perspectiva religiosa, mas porque percebia ser um fato cultural, central na vida popular contemporânea, pouco compreendido pela maioria dos profissionais de saúde. Querendo entender os caminhos aparentemente estranhos e alienadores de grande parte das pessoas com quem convivia e pesquisava nas periferias urbanas, ele buscou desvendar a lógica e os efeitos benéficos que faziam com que um número crescente de famílias populares optasse pelo pentecostalismo. Não estava preocupado em julgar criticamente, mas compreender seus educandos. E acabou fascinado com o poder transformador e mobilizador do pentecostalismo nas classes populares. É nesta perspectiva compreensiva que o tema da espiritualidade vem sendo ampliado na saúde pública brasileira principalmente pelo movimento da educação popular em saúde. Esta perspectiva pouco centrada nas próprias convicções pessoais e muito dedicada a fomentar o diálogo através de um esforço teórico voltado para buscar a difícil compreensão dos caminhos subjetivos e políticos dos grupos sociais mais silenciados pela opressão, não foi valorizada por Luciano.

O cristianismo, as religiões afro-brasileiras, o espiritismo e as várias perspectivas espirituais não religiosas são importantes, não porque gostamos ou concordamos, mas porque são dimensões importantes na estruturação da subjetividade de nossos pacientes, dos parceiros dos movimentos sociais e dos nossos educandos nos processos

de formação profissional. A espiritualidade, expressa por meio de linguagens religiosas, ou não, é um fato social, antropológico e psicológico fundamental no trabalho em saúde.

Um aprendizado que vem ocorrendo nas discussões sobre espiritualidade no trabalho em saúde é que nossos valores e julgamentos neste campo precisam ficar provisoriamente suspensos se queremos dialogar profundamente com as pessoas (a maioria da população brasileira) que valorizam, de forma extremamente diversa, a dimensão espiritual. Como dialogar profundamente com os usuários dos serviços de saúde e lideranças populares dos movimentos sociais da América Latina, com esta resistência, se quase 90% deles tem no cristianismo uma base fundamental de estruturação do sentido e da motivação de suas lutas por saúde? Como organizar processos de formação profissional no SUS, com esta resistência, se também a grande maioria dos profissionais em treinamento tem, na perspectiva cristã, muitas das bases fundantes do sentido e da motivação de seu trabalho?

Como compreendê-los profundamente se adjetivamos como perspectiva “essencialista” (o sufixo “ista” costuma emprestar uma dimensão pejorativa ao adjetivo) para analisar e classificar a tradição espiritual da maioria das pessoas envolvidas no trabalho em saúde? Esta forma de caracterização da perspectiva cristã de espiritualidade dos trabalhadores de saúde tem se difundido e se manifestado em muitos coordenadores de processos de formação profissional. Pode estar prejudicando muito o diálogo e a compreensão dos profissionais de saúde e dos grupos de usuários com quem estão trabalhando. Muitas iniciativas de humanização do cuidado em saúde vêm sendo implementadas a partir da perspectiva cristã dos profissionais. Muitas vezes, suas motivações e

argumentações, baseadas nessa tradição espiritual, vêm sendo desconsideradas e deslegitimadas em atividades de educação permanente em saúde.

O lidar com a dimensão espiritual no trabalho em saúde pode exigir duas formas diferentes e, até, contraditórias de ação. Nas atividades educativas e nas iniciativas de gestão participativa é fundamental esta atitude compreensiva e valorizadora do diálogo respeitoso da cultura dos sujeitos envolvidos. Mas o trabalho em saúde também tem uma dimensão de enfrentamento de posições representativas de interesses corporativos, financeiros, elitistas, clientelistas e corruptos, que precisam ser derrotados, em um jogo frequentemente cheio de falseamentos e ações encobertas. Muitas vezes, o discurso religioso é usado para legitimar grupos e interesses com propostas que contrariam as necessidades da maioria da população. Nestas ações da política, pode ser importante o enfrentamento teórico das argumentações e dos valores do outro. Mas nas ações de formação profissional, nas práticas de saúde e nas iniciativas de gestão participativa a lógica que deveria predominar é busca do diálogo compreensivo, com problematizações respeitosas.

A compreensão do significado do trabalho de gestão

Outro aspecto da análise de Luciano que me surpreendeu foi sua percepção de que eu acredito que “um investimento de militância a partir do lugar do Estado, mesmo que os sujeitos tivessem boa vontade, sempre estaria, em último caso, desenvolvendo ações em prol dos interesses das elites”. E que, ainda com suas palavras, “a luta pela apropriação e expansão estatal dos serviços médicos e da tentativa de desenvolver uma apropriação

e expansão estatal dos serviços médicos e a tentativa de desenvolver uma racionalização gerencial dos recursos só tem ampliado os espectros de exploração capitalista sobre a vida”. Não só não penso assim, como toda a minha luta na saúde pública tem acontecido em sentido inverso ao que foi anunciado. O meu texto citado para justificar estas afirmações (o artigo “O taylorismo e a construção da medicina das classes populares”) procura analisar que muitas conquistas *eficientizadoras* (e propagadas como humanizadoras) da gestão das políticas de saúde, obtidas pela luta do Movimento Sanitário, continuam reproduzindo lógicas de dominação oriundas do capitalismo. Mas faço estas análises justamente buscando a sua superação e com vistas à construção de um Estado mais democrático e participativo. Desde o início de minha vida profissional na Paraíba, em 1978, tenho me dedicado também à reorientação das políticas de saúde, inicialmente ajudando implantar o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, iniciado em 1976, criando a primeira rede brasileira de serviços de atenção primária à saúde) até o momento atual em que tenho me dedicado à formulação da Política Nacional de Educação Popular no SUS. Por isto, de maneira alguma, como afirma Luciano, eu aposto pouco nas possibilidades de se disputarem outras lógicas de governo por dentro do Estado, pois eu o conceberia “como a cristalização dos interesses da burguesia”. Tenho combatido com firmeza esta posição de parte da esquerda. Isto está bem expresso no item 4.6.2 do meu livro “Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família” (O enfrentamento das doenças entre a crise do Estado de Bem Estar Social e o neoliberalismo).

Mais uma vez, me ocorreu a pergunta: por que Luciano teve esta interpretação tão diferente de meu pensamento? Possivelmente porque meus posicionamentos críticos a

respeito de muitas iniciativas de reorientação da gestão da atenção à saúde, conduzidas por sanitaristas com afinidade teórica com seu pensamento, estão causando irritação e despertando emoções que dificultam uma leitura mais cuidadosa da minha lógica de argumentação. Este é um ponto que merece, portanto, ser mais bem discutido, neste livro que busca aprofundar o diálogo entre estas duas perspectivas de ação pedagógica presentes no SUS.

De fato, tenho me preocupado e me posicionado criticamente em relação ao autoritarismo que vejo ser implantado em muitos municípios que se orientam pelas perspectivas e ideias formuladas por este grupo da micropolítica do cuidado. Não percebo este autoritarismo em suas ideias. Pelo contrário, vejo nelas uma grande preocupação com uma democracia mais radical e um maior acolhimento da diversidade dos caminhos do viver, presentes na sociedade. E uma grande preocupação em repensar o cuidado em saúde, considerando as sutilezas das dimensões subjetivas envolvidas. O problema é a tentativa de generalização desta teoricamente sofisticada perspectiva de pensamento humanizador da atenção à saúde para toda uma rede de serviços municipais ou estaduais de saúde, no curto espaço de gestão de um prefeito ou governador.

Por se tratar de uma concepção teoricamente sofisticada, grande parte dos profissionais dos serviços locais de saúde não a compreende bem. Há nela valores que entram em choque com elementos importantes da cultura profissional, como é o caso dos valores provenientes do cristianismo, muito fortes entre os trabalhadores locais de saúde e que, como já discutimos, não são bem considerados nesta concepção teórica. Muitas vezes, se utiliza de processos educativos ditos participativos (em rodas de conversa) para esta generalização institucional. Mas são rodas de conversa em que são valorizadas apenas

argumentações que debatam dentro da lógica e dos conceitos deste corpo teórico, assumidos pelos gestores e lideranças institucionais. A força teórica e lógica desta concepção tem atraído para os espaços de gestão muitos jovens recém-formados, com muita habilidade de gestão de coletivos e organização política por suas experiências anteriores com o movimento estudantil. São jovens ainda muito marcados por uma pretensão heroica de transformar rapidamente a realidade social e acabam sendo muito entusiasmados e hábeis na condução desta generalização rápida desta humanização *eficientizadora* dos serviços de saúde.

Nos meus 40 anos de militância sanitária, eu trabalhei na construção do SUS em muitas conjunturas históricas. Em nenhuma destas conjunturas, convivi com sofrimentos tão intensos e generalizados de profissionais de saúde locais sentindo-se extremamente controlados e desqualificados em suas propostas alternativas ao modelo que se quer implantar nestes municípios. A grande habilidade de gestão de coletivos, a sensibilidade aguçada de percepção de iniciativas de contestação, a grande capacidade argumentativa e a capacidade de organização de estratégias políticas de enfrentamento destes jovens e entusiasmados gestores, bem como a beleza lógica e humanitária de suas propostas (para a maioria dos trabalhadores, que não as compreende bem, esta beleza apenas parece existir) acabam criando um sistema opressivo para o qual se tem muita dificuldade de articular uma oposição com legitimidade discursiva. A amplitude teórica destas concepções, tão bem articuladas logicamente, tem o efeito de criar uma grande análise, um sistema de pensamento que tudo explica, que serve para dar uma unidade teórica coerente para uma ação coesa e unificada de reorientação de todos os aspectos do funcionamento da rede de serviços, pela ação de gestores

submetidos a interesses de perpetuação de grupos políticos eleitos. Os críticos da modernidade, no final do século XX, já insistiam que o totalitarismo é o ponto de chegada ou o efeito de uma vontade demasiado imperiosa de generalizar uma determinada leitura racional e geral da realidade para todas as instâncias da vida social.

Sei que isso está em profundo desacordo às bases do pensamento deste grupo, mas está virando uma realidade em muitos municípios brasileiros. Acredito que Foucault, Deleuze e Guattari, grandes inspiradores europeus desta formulação teórica, também ficariam assustados com os efeitos concretos destas propostas, quando apropriadas por secretários de saúde preocupados em revolucionar de forma generalizada toda a rede de serviços no curto espaço de suas gestões. Este efeito perverso não acontece apenas com esta concepção teórica. Sou cristão e sei que o cristianismo serviu de base, na Europa Ocidental, para um terrível sistema de opressão nos últimos séculos da Idade Média. Admiro muito a contribuição de Marx para as ciências econômicas e políticas, mas suas ideias foram também a base para terríveis sistemas de opressão política no século passado.

Apesar de essas formulações teóricas buscarem algo oposto, acabam servindo de instrumento teórico de formas de gestão próximas do taylorismo, em que alguns poucos concebem o que deve ser feito e uma grande maioria executa. Foi se criando uma vanguarda progressista que procura generalizar rapidamente suas concepções humanizadoras do cuidado nas instituições. Mas agora (como nos novos sistemas produtivos da moderna fábrica capitalista, que recriou o antigo e grosseiramente autoritário taylorismo fabril em formas mais participativas de gestão, mas ainda hierárquicas e controladas), o autoritarismo grosseiro de gestões bem hierárquicas e, algumas vezes até corruptas,

fica disfarçado pelo discurso de co-gestão e uma série de atividades em roda, que a realidade política concreta não permite ser realmente implementado. O discurso participativo pode ser um instrumento de mascaramento da dominação.

Vejo nestas gestões uma tendência de hipervalorização da dimensão micropolítica que, de alguma forma, pouco assume os limites trazidos pelas condições de subordinação impostas pela conjuntura política e econômica mais geral. Em contextos de péssimas condições de trabalho, alta rotatividade profissional, forte clientelismo político, corrupção econômica, autoritarismo dos partidos dominantes, domínio da lógica hierárquica capitalista nos saberes administrativos, grandes restrições orçamentárias, interferência de grandes interesses empresariais, crescimento da cultura individualista e consumista entre trabalhadores e usuários e personalismo das lideranças, em muitas secretarias de saúde estão se formando grupos, relativamente coesos, de jovens sanitaristas buscando reordenar as várias instâncias das práticas institucionais, orientados por esta perspectiva teórica, como se a força de suas vontades, ideias e ações bastassem. Buscam a reorganização da rede de cuidados **para a população** a partir de ações **com outros profissionais** de saúde que ocupam espaços na gestão institucional e que aderem a esta lógica discursiva. **Valorizam pouco o trabalho com os grupos populares** e com movimentos de profissionais também legítimos, mas regidos por outras lógicas.

Se algum gestor propusesse generalizar a educação popular em toda a rede de serviços de um município, eu, um grande entusiasta da educação popular, seria o primeiro a ser contra. Educação popular não é uma tecnologia de saúde que possa ser generalizada em todos os recantos da instituição. Há, nela, valores políticos e subjetivos que não

se pode impor; precisam ser escolhidos e aceitos por cada profissional. São valores muito diferenciados, que estão na contramão do pensamento dominante; por isto seu espalhamento tenderá a ser gradual e oscilante. Podemos divulgar e incentivar a educação popular no SUS, mas não podemos impor a aceitação dos valores e opções políticas nela implícitos. O mesmo ocorre com as formulações teóricas sobre gestão do cuidado. Uma coisa é a sua riqueza para esclarecer e orientar a busca já existente de aprimoramento do cuidado em saúde, outra coisa é querer generalizá-la em todas as instâncias do sistema de saúde. Neste sentido, acredito que o uso de termos como tecnologias leves, duras e leve-duras, para designar as propostas e teorias de reorientação da atenção à saúde, seja algo um pouco perigoso, pois tem o efeito de mascarar os valores políticos, filosóficos e subjetivos bastante diferenciados que nelas estão entranhados. Valores que não são nem técnicos e nem racionais, mas sim escolhas bastante complexas, regidas por dimensões imponderáveis de cada pessoa ou grupo social. Escolhas que os gestores não podem exigir e, sim, apenas incentivar e apoiar. Chamá-las de “tecnologias de trabalho em saúde” facilita a cobrança autoritária dos gestores de sua aceitação generalizada.

Sei que não é fácil para os gestores do setor saúde de grandes municípios conseguirem mudanças amplas e rápidas em toda a rede de serviços, como o sofrimento e a demanda da população exigem. Desencadear mudanças profundas em pequenos grupos e equipes, onde é possível um diálogo com um olhar rosto no rosto, é mais fácil. Mas só isto não basta. A rede toda precisa mudar. Porém, se temos em vista a construção de um Estado democrático que valoriza a inteligência, a iniciativa e a criatividade de cada funcionário, de cada usuário e de cada movimento social, nós não podemos forçar a generalização autoritária de uma determinada concepção teórica para humanização

e *eficientização* do cuidado, por mais esclarecida e bem intencionada que seja. Há muitas lógicas legítimas para tal. Como fazê-lo em grandes instituições? Eu não sei bem, mas tenho visto as fortes contradições de muitas iniciativas deste tipo. O fato de explicitar estas divergências não significa que eu não veja a importância de investimentos e buscas neste sentido.

É natural que todos os profissionais comprometidos com a busca de uma sociedade mais saudável e que se identificam e acreditam em uma concepção e projeto de transformação busquem difundir esta perspectiva. O problema é a maneira de fazê-lo. Uma coisa é a difusão do exame de Papanicolau do colo uterino, que é uma ação técnica bem validada, em toda a rede. Outra coisa é a difusão de concepções e propostas de melhoria da assistência que se assentam em valores subjetivos, filosofias e perspectivas políticas bem específicas que não são aceitas por todos. Neste caso, a forma de difusão tem que ser outra. Forçar a generalização destas propostas gera reações de médio e longo prazo que tendem a destruir progressos importantes aparentemente conseguidos. É ineficaz, principalmente em um Estado com trabalhadores com estabilidade de emprego. A revolta gerada por uma gestão autoritária tende a alimentar movimentos políticos que buscam reverter raivosamente conquistas aparentemente consolidadas.

Alguns aspectos que precisam ser mais esclarecidos

Toda análise de um conjunto de textos escritos é sempre uma interpretação a partir da perspectiva do leitor. Para quem escreve, é um grande privilégio ter acesso a uma perspectiva de interpretação feita com cuidado e dedicação. Aprendemos muito com este esforço de sistematização de um caminho de percepção, que é raro. Nós escritores

somos construídos por meio deste diálogo com leitores críticos. Por meio dele, percebemos nossos limites de comunicação e formulação de ideias. Neste sentido, sou muito grato ao Luciano. Mas, como já foi antes afirmado, este livro tem também um sentido de aprofundamento do diálogo entre duas concepções pedagógicas da saúde coletiva. Para isto, é preciso também deixar mais claro os pontos em que acredito a interpretação não ter conseguido expressar bem aquilo que julgo ser o mais importante em meu pensamento. Faço isto, não para afirmar o caminho correto de interpretação, mas para possibilitar ao leitor deste livro uma opção de entendimento.

O cuidado na perspectiva da educação popular em saúde

Um tema que acredito necessitar de um maior esclarecimento é a respeito de minha visão sobre o cuidado em saúde, objetivo central da análise de Luciano. Houve um problema que atrapalhou um pouco a interpretação. O que Luciano denomina de cuidado em saúde corresponde melhor ao termo por mim usado de atenção à saúde. As ideias centrais são discutidas a partir deste último conceito. Poucas vezes utilizei a palavra cuidado. Este conceito se tornou central apenas na parte de meu livro *Educação Popular e a Atenção à Saúde das Famílias* em que discuto a atenção às famílias mais carentes e marginalizadas do conjunto de favelas do Morro das Pedras (uma pequena minoria dos moradores locais). Eram famílias que mostravam estar em situações muito especiais de crise, não mostrando ter condições de cuidar de seus membros incapazes de autocuidado (principalmente as crianças pequenas, os idosos e pessoas com deficiências). A maioria das famílias locais era muito ativa e viradora na busca de melhorias. Neste momento, utilizei o conceito de

cuidado em contraposição ao conceito de cura. São duas concepções diferenciadas de atenção à saúde. Tratou-se, portanto, de uma discussão bem circunstanciada àquela situação. Mas Luciano a priorizou na sua discussão do que seria a minha concepção de cuidado, pois foi onde o termo surgiu mais intensamente. Nesta circunstância especial, foi dada muito a ênfase na responsabilização por estas pessoas e famílias em situações, na maioria das vezes provisória, de incapacidade de tomar iniciativas mais efetivas de enfrentamento de seus problemas de saúde. Em seguida, são ressaltados muitos aspectos e orientações que devem orientar este cuidado que de fato são muito importantes, mas não tocam de forma direta no que é mais essencial na perspectiva de atenção à saúde orientada pela educação popular.

Talvez porque Luciano, a partir dos estudos de Emerson Merhy, tende a ver a educação popular em saúde como uma tecnologia para lidar com o cuidado, ele tende analisá-la como um conjunto de atitudes, manejos, reflexões compreensivas do contexto e orientações necessárias para aprimorar o ato de cuidar. Seria uma ferramenta para o cuidado. Mas há algo mais essencial e primordial por trás destas atitudes, manejos, reflexões compreensivas do contexto e orientações para o aprimoramento do ato de cuidar que não foi enfatizado. Sem compreender bem este algo mais abstrato e primordial, acredito que não se chegue ao cerne da educação popular em saúde. Esta é uma grande dificuldade para o rápido espalhamento da educação popular nas redes de serviço de saúde: o mais importante é abstrato e necessita uma atitude afetiva, que não são enquadráveis em orientações, atitudes e técnicas didáticas bem definidas e claras. Uma atitude e uma orientação de cuidado construída em determinada experiência de educação popular em saúde pode ser totalmente inadequada em outra situação.

Então, o que seria o mais importante na perspectiva de cuidado orientada pela educação popular? A expressão chave é *construção compartilhada do cuidado necessário*. Mas compartilhada com quem? No trabalho interdisciplinar e intersectorial já há uma construção compartilhada entre os vários especialistas e trabalhadores de saúde envolvidos. É algo que vai além: prioriza a participação das pessoas, seus familiares, redes locais de apoio social e organizações comunitárias locais envolvidas com a situação. Aí entram saberes e lógicas de ordem bem diferentes. Muitas destas pessoas envolvidas, pelo contexto de opressão, sofrimento e marginalidade têm dificuldade de expressar claramente suas análises, propostas e interesses. Apenas com o vínculo afetivo e a percepção de compromisso, eles vão se soltando e se expressando com maior clareza. Neste sentido, educação popular não é apenas a intenção de realizar esta construção compartilhada, mas também o saber para fomentar este difícil diálogo entre moradores, profissionais e lideranças locais, com lógicas tão diferentes de expressão e sendo alguns deles bastante intimidados e envergonhados. Enfatiza a inclusão destes personagens mais empobrecidos, oprimidos e marginalizados porque se orienta pela perspectiva política de reconstrução da organização social a partir do protagonismo dos que hoje são silenciados e excluídos. A transformação política passa necessariamente pelo protagonismo na produção de conhecimentos e de iniciativas para solução de problemas. Assim, a estruturação dos atos de cuidado não está voltada apenas à solução dos problemas de saúde específicos trazidos ao serviço, mas se preocupa também em gerar consciência mais ampla dos seus determinantes, ampliar a solidariedade, fortalecer a organização política e desencadear maior ativismo social entre as pessoas atendidas e seus familiares.

O cuidado em saúde orientado pela educação popular:

-parte de uma leitura da realidade (grande parte dos problemas estão conectados com a organização política e econômica da sociedade que gera opressão, pobreza e marginalidade que, por sua vez, desencadeiam também importantes iniciativas e criativos saberes de superação);

-tem uma intencionalidade política (transformação social protagonizada pelos que hoje são excluídos e marginalizados);

-se organiza por uma metodologia (que, valorizando as iniciativas e saberes já presentes entre os pobres, oprimidos e marginalizados, busca apoiá-los através da criação de espaços coletivos de diálogo, onde possam ser construídos, de forma compartilhada e problematizada, novas práticas e saberes de superação);

-tem uma epistemologia (o conhecimento e a solução necessários são uma construção coletiva dialogada, num contínuo processo de reflexão, ação e reflexão que prioriza a participação dos que são hoje silenciados, valorizando e integrando também saberes expressos ou balbuciados de forma não racional) e

-exige um tipo de atitude pessoal do profissional de saúde (que, se desapegando de suas próprias convicções, investe principalmente na compreensão e valorização dos saberes, interesses e valores dos educandos que, pela opressão e humilhação social, tendem a expressar suas lógicas e demandas de forma fragmentada, desorganizada e emocionada. Não se deixam de lado suas próprias convicções, mas sabe que elas vão se transformar no processo, pelo mútuo aprendizado que ali ocorre).

A definição do cuidado em saúde nesta perspectiva tem, portanto, um caráter bastante complexo e abstrato, mas que se torna mais simples quando se estabelece o

vínculo afetivo e o compromisso político entre educador e educando: aí ele tende a fluir, principalmente se forem criados espaços coletivos de discussão para o seu aprimoramento. Sendo assim, fica difícil caracterizá-lo como um conjunto de atitudes, cuidados e orientações gerais, pois é algo muito processual e mutante, de acordo com as circunstâncias. Mais uma vez insisto: o conceito de tecnologia em saúde, mesmo entendido de forma mais ampliada, não ajuda sua compreensão. Além disto, como pode ser entendida como ferramenta para o cuidado se ela reorienta os objetivos e as perspectivas do cuidado.

Razões da valorização do termo classes populares e da cultura popular

Outro aspecto que gostaria de melhor esclarecer é a escolha do termo classes populares, conceito pouco preciso nas ciências sociais, para designar a prioridade maior das ações da educação popular em saúde. Apenas em circunstâncias bem específicas, utilizo o conceito, central do pensamento marxista, de classe trabalhadora. Valorizo também a utilização de outros conceitos pouco precisos nas ciências humanas, como pobreza, opressão e marginalidade, que têm sido estudados por diferentes autores e disciplinas, com diferentes definições e ênfases teóricas. Esta imprecisão conceitual permite, com eles, designar pessoas e grupos sociais muito diversos e situações inesperadas de subalternidade e exclusão que não se enquadram em esquemas teóricos clássicos. Expressam uma realidade em que a sensibilidade afetiva costuma, muitas vezes, detectar com mais precisão do que as muitas análises sociológicas. Se a opressão e marginalidade são mais evidentes em alguns grupos sociais e em algumas situações familiares e institucionais, elas, de alguma forma,

são também experiências de todos. Os profissionais de saúde não são apenas pessoas que delas cuidam. De alguma forma, eles também as experimentam em suas vidas, de modo mais forte em alguns momentos e em alguns de seus espaços de convivência. Os serviços de saúde têm sido, por exemplo, espaço de muita opressão para os profissionais ali comprometidos.

As situações de opressão e marginalidade são muitas, mas a maioria está definida, direta ou indiretamente, pela inserção de seu grupo social no processo econômico e na consequente forma de participação na divisão da riqueza produzida, podendo ser enquadrada dentro do conceito marxista de classe trabalhadora. Assim, as ciências sociais e a economia política são fundamentais para a compreensão destas origens comuns de muitas destas situações. Mas, há também dinâmicas subjetivas profundas que reiteradamente têm gerado mentalidades e atitudes criadoras de opressão e humilhação nas relações sociais e que, ao longo da história, em diferentes contextos políticos e modos de produção econômica, recriam a exploração e a exclusão com diferentes roupagens. Estas dinâmicas subjetivas têm sido objeto de intensa preocupação e elaboração por parte das tradições espirituais da humanidade e de muitas correntes filosóficas. Há, portanto, uma grande inter-relação entre causas subjetivas profundas e causas políticas e econômicas. Diferentes tradições teóricas enfatizam uma dimensão ou outra, gerando apaixonadas polêmicas. A escolha de conceitos pouco precisos nas ciências sociais tem, portanto, como motivação, a intenção de incluir como prioridade do compromisso das práticas de educação popular, grupos e situações mais diversas do que aqueles definidos por conceitos como classe trabalhadora.

A valorização que faço dos elementos positivos presentes nas classes populares não se deve a uma

mitificação da pobreza, mas à opção política que visa a enfrentar a tendência de desqualificá-las para, assim, justificar a desigualdade. E a tendência de desqualificar suas ideias e valores para, assim, justificar processos educativos autoritários. Faz parte da metodologia da educação popular a identificação, compreensão e valorização dos saberes, iniciativas, interesses e escolhas culturais dos educandos (por mais estranhas que sejam), pois só assim se constrói uma relação educativa dialogada e problematizadora que fortaleça o seu protagonismo e sua altivez social. Isto não significa que veja os pobres e marginalizados de forma simplista e romântica, como se fossem apenas vítimas inocentes e passivas da opressão social. Ou como se fossem pessoas essencialmente caracterizadas pela bondade, uma bondade impedida de se manifestar plenamente pelas condições adversas a que estão submetidas e precisando apenas de apoio da ação redentora de militantes dedicados para, então, se revelar. Na verdade, eles são constituídos de grupos e pessoas contraditórias como quaisquer outras. São vítimas, mas também cúmplices do sistema de opressão. Outros modos de opressão e subalternidade podem ser criados dentro de famílias e grupos sociais empobrecidos e marginalizados. Pessoas injustiçadas podem exercer grandes injustiças e ter ações extremamente perversas. Se entre eles há muita luta solidária de superação, também há indolência, desunião e grosseria. A miséria e humilhação não têm apenas efeitos materiais, mas também psicológicos e morais. Podem gerar comportamentos tumultuados, agressivos e ressentidos. A visão mítica dos pobres é base para uma intensa rejeição após a percepção das primeiras contradições. Diante de uma imaginação romantizada sobre eles, a descoberta dessas contradições assusta e pode levar a uma atitude oposta, uma grande rejeição. Essas contradições dos pobres e excluídos, exageradas, têm sido usadas politicamente para justificar a diminuição

de investimentos em políticas sociais a eles destinadas. Comprometer-se com eles, é fazê-lo acolhendo também estas contradições e ajudando pedagogicamente sua progressiva superação.

Educação permanente em saúde

Outro aspecto que gostaria de discutir é sobre o conceito de educação permanente em saúde que vem sendo utilizado para identificar a proposta pedagógica do conjunto de autores com quem Luciano mais se identifica, onde muito se destacam Emerson Merhy, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker e Túlio Franco. No entanto, o conceito de educação permanente é muito mais amplo. Foi divulgado internacionalmente pela UNESCO a partir da década de 1970, muito antes das formulações deste conjunto de autores começarem a se estruturar. Trata-se de um conceito que valoriza o adulto como sujeito das ações educativas (tradicionalmente centrada na criança e no jovem) e a ampliação dos âmbitos de aprendizagem para além do ambiente escolar, vendo-a como uma atividade que deve estar ao longo de toda a vida e podendo acontecer em contextos comunitários e de trabalho. O enfoque da educação permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, pela valorização do ensino e do aprendizado na vida cotidiana das organizações e nas práticas sociais, no contexto real em que elas ocorrem. Aproximar a educação do dia a dia do trabalho é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. No trabalho se aprende muito. A educação permanente busca transformar as situações diárias ali enfrentadas em oportunidades de aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o

próprio processo de trabalho no seu contexto concreto. Além disto, modifica as estratégias educativas, partindo da prática como fonte de conhecimento e de questões a serem estudadas e pesquisadas, problematizando o próprio fazer e colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de apenas receptores.

Várias concepções educativas têm sido valorizadas nos debates sobre educação permanente. A UNESCO – (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) tem valorizado muito as contribuições de Paulo Freire em suas discussões sobre o tema. Sou professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB, que, ao ser criado na década de 1970, tinha como sua grande área de concentração a educação permanente. Nele, a perspectiva da educação popular era dominante, tanto assim que na década de 1980 mudou a denominação de sua área de concentração para educação popular. No setor saúde, o conceito de educação permanente começou a ser valorizado a partir do amplo trabalho de qualificação profissional para técnicos de enfermagem, da enfermeira Isabel dos Santos, no Ministério da Saúde, que utilizava muito as propostas pedagógicas do paraguaio Juan Bordenave (1926-2012), bem próximas das formulações de Paulo Freire. Portanto, o conceito de educação permanente é plural. Talvez, o setor saúde brasileiro seja o único local do mundo, em que o conceito de educação permanente venha sendo amplamente identificado com uma concepção pedagógica inspirada em Deleuze, Guattari e Foucault a partir das elaborações de Emerson Merhy, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker e outros. Insisto em discutir este aspecto porque acredito que a tendência de não ver o caráter teoricamente plural da educação permanente no setor saúde brasileiro esteja dificultando o debate aberto e franco entre os vários grupos e concepções envolvidos no campo

da formação profissional em saúde. Várias concepções legítimas são possíveis neste campo. Esta identificação com apenas esta proposta vem sendo conseguida muito mais pela capacidade política do grupo em ocupar os espaços de formulação das políticas de formação profissional do SUS do que pela não existência de outras propostas e perspectivas teóricas com respeito internacional. O debate não está encerrado neste campo.

Grande parte das reflexões do movimento da educação popular em saúde esteve até agora concentrada na reorientação das práticas de assistência e promoção à saúde, voltadas para o público popular. Mas vem crescendo muito o número de experiências concretas e de sistematizações teóricas em que se utiliza a educação popular na formação profissional, seja no ensino universitário, seja nas ações de educação permanente no SUS. Outras correntes pedagógicas também começam a mostrar maior presença e a trazer novas propostas de reorganização da educação permanente em saúde. O debate precisa continuar.

Para além das diferenças

Quando eu, ainda estudante, e vários companheiros começamos, no início da década de 1970, nossa militância em saúde comunitária e na luta pela reorganização do modelo de assistência, nós contávamos com pouca referência teórica para orientar as novas práticas de atenção que buscávamos criar em contraponto ao modelo centrado em hospitais e em serviços médicos especializados. A pouca leitura que tínhamos da educação popular muito nos ajudou. Lembro muito da frase: diante dos problemas mais significativos, não procure dar a solução; faça a roda e discuta. Esta orientação bem simples nos fez entrar no

mundo fascinante e desafiante da saúde comunitária pela participação e compartilhamento dos saberes, intimidades e lógicas diferenciadas de levar a vida da população. Na nossa relativa ignorância, o diálogo com os moradores e seus grupos foi a grande porta para a criação de práticas de cuidado que nos surpreendiam pela potência. A educação popular se consolidou em nós como uma concepção inovadora no trabalho em saúde. Naquela época, foi mais fácil ela mostrar a sua força.

Hoje, a situação é muito diferente. Em várias universidades, os estudantes são introduzidos em ricas reflexões sobre os caminhos de um trabalho em saúde mais integral. Há muitos estudos bem elaborados sobre as formas de tornar o cuidado em saúde mais humano e justo. Em muitas secretarias de saúde há processos de formação para seus trabalhadores que ajudam a tornar a rede de cuidados mais integrada e potente para promover a saúde. Isto é muito bom. É uma grande conquista. Com certeza o grupo de pensadores articulados e próximos da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, do Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da UFRJ, teve um grande papel neste processo. Muitos outros pensadores e grupos teóricos também contribuíram. A reflexão brasileira sobre integralidade, gestão do cuidado, cogestão do trabalho em saúde, gestão participativa, promoção da saúde, educação popular em saúde, controle social e humanização da assistência tem sido reconhecida internacionalmente pela sua criatividade e inovação.

Estamos correndo, no entanto, um grande risco. A grande elaboração teórica sobre os caminhos da integralidade, da humanização da assistência, da gestão do cuidado e outros temas pode estar levando muitos profissionais de saúde a não mais valorizarem o diálogo com a população e seus movimentos e com os vários

atores envolvidos no cuidado em saúde. Ou tornando este diálogo em apenas um instrumento para prestação de uma assistência primorosa a partir dos ricos ensinamentos que já portamos. A riqueza do saber humanizado já acumulado no debate sanitário brasileiro pode recriar, com roupagem bem refinada, o antigo vanguardismo que há séculos domina a intelectualidade ocidental. O diálogo autêntico e radical, que parte da incompletude de qualquer saber e da parcialidade de qualquer perspectiva humana de encarar a vida, pode estar sendo deixado de lado, principalmente no cuidado dos grupos sociais mais subalternos e menos capazes de formular claramente seus interesses e propostas na linguagem dos profissionais e das elites.

As intensas mudanças por que vem passando o mundo popular (crescimento do narcotráfico, maior adesão ao pentecostalismo, modos de reagir mais violentos e imediatos, presença tumultuada em serviços antes restritos às elites, esvaziamento das formas tradicionais de organização política, etc.) estão lhes trazendo novas roupagens causadoras de repulsa para os setores ditos mais esclarecidos da sociedade. A população aumentou seu nível de exigências e os serviços de saúde tornaram-se espaços de convivência tensa. Por outro lado, a esquerda sanitária já não é perseguida. Na academia ocupa lugares de distinção, tem acesso a financiamentos significativos e é bem recebida pelos governantes. Nos serviços de saúde, ocupa cargos hierárquicos e é acolhida com *glamoures*. Ela ficou mais afastada do cotidiano das classes populares. A violência das periferias cria temores. Está mais difícil construir **com a população** os caminhos de reorientação do cuidado em saúde.

No entanto, os novos e ricos saberes construídos para o cuidado humanizado podem se articular e ampliar o diálogo autêntico, através de uma problematização mais

profunda dos saberes, valores, interesses e propostas ali expressos. Riqueza teórica pode combinar com diálogo autêntico. Os espaços de poder conquistados podem ampliar a repercussão dos frutos deste diálogo. Este é o desafio. Esta é a porta para a superação das dificuldades identificadas no diálogo proposto por este livro.

No corre-corre dos serviços, não é possível construir soluções de forma compartilhada com os envolvidos, em todas as situações. Mas algumas aproximações e construções dialogadas podem criar referências para as outras situações. Na tensão dos enfrentamentos necessários aos interesses perversos, que rodeiam os recursos do setor saúde, não podemos perder o cultivo da perspectiva compreensiva e da ternura para com os que pensam e propõem soluções e ritmos diferentes. Mais do que nunca, neste corre-corre e nesta tensão, é preciso cultivar o cuidado de si e dos companheiros, para amorosidade prevalecer. Equipes amarguradas, tensas e doentes não podem ser produtoras da integralidade em saúde.

Enfim, obrigado, Luciano, por tomar a iniciativa deste projeto de diálogo que está me permitindo compreender melhor algumas dificuldades de convivência e formular mais claramente e difundir estas reflexões e preocupações que vêm me inquietando.

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

Julio Alberto Wong Un

Rezei, de verdade, para que pudesse esquecer-me, por completo, de que algum dia já tivessem existido septos, limitações, tabiques, preconceitos, a respeito de normas, modas, tendências, escolas literárias, doutrinas, conceitos, atualidades e tradições – no tempo e no espaço (...) De certo que eu amava a língua. Apenas, não a amo como a mãe severa, mas como a bela amante e companheira.
João Guimarães Rosa, em carta a João Conde.

Abertura

Palavras de poder, amuletos, conjuros, sons que acalmam e nos ajudam a seguir caminho. Dizeres, estruturas harmonizadas com metáforas. Textos iluminados que guardamos no meio de outros textos sacros e respeitados - seja na estante, embaixo do travesseiro, ou dentro da consci-

ência e suas camadas. Frases ou ideias que recortamos e colamos na porta da geladeira. A força da palavra. A força da presença. A força da caminhada, da persistência e da história de vida. Uma forma de renovar nossas utopias - ou, talvez, de defini-las melhor. Ao dizer de Madel Luz (informação verbal)¹, estamos hoje, mais do que nunca, com “*fome de símbolos*”. Descontentes - por intuição, mais do que por reflexão racional – com a forma como vivemos, trabalhamos e somos exauridos de forma sistemática e impessoal procuramos em vários espaços do viver e do sentir, *coisas* (palavras e ideias como coisas) que *preencham nossos vácuos*.

Os usos e significados listados referem-se aqui não ao mundo da religião e das religiosidades, que de forma variada insufla sentidos às vidas das pessoas². Seja na superficialidade da “simpatia” lida no jornalzinho da vez; até na presença profunda e transformativa do invisível e do sagrado naqueles dedicados predominantemente a práticas e disciplinas espirituais ou religiosas o pensamento mágico ou o religioso está presente. Não. Estou falando aqui dos usos e significados dos discursos, propostas, conceitos, políticas, normas, ensaios, pesquisas... do campo multiforme da Saúde Coletiva, ou saúde pública brasileira. E de como eles se transformam, mutáveis e mutantes, em símbolos e imagens poderosos - sobre alguns dos quais tentarei aqui refletir, com o intuito de contribuir ao conjunto de textos deste livro - textos que inauguram um diálogo importante e longamente esperado.

¹ Anotações de fala de Madel Therezinha Luz em mesa redonda realizada no Hospital Universitário Antônio Pedro que ela dividiu como Jurandir Freire Costa e Leonardo Boff. [entre 2002-2004]

² Incluindo também usuários dos serviços de saúde e profissionais da saúde.

A fome de símbolos e a academia

Por razões próprias e contextuais, a Saúde Pública entrou, faz algum tempo, em processos de renovação das suas *boas* ideias – boas de *bondade*, no sentido de uso *social* e de utilidade para o cotidiano do trabalho em saúde - dos símbolos que definem sua identidade, tão pouco “sólida” – no sentido dado por Bauman (2003). Há uma demanda social reprimida por esses ideais e símbolos, que se manifesta indiretamente na presença maciça de profissionais em eventos acadêmicos, amostras, encontros; e nas contratações frequentes de consultorias em muitas prefeituras que buscam ser assessoradas por detentores de saber. Procuram-se símbolos, formas de se identificar, algo em que acreditar, imagens e estrelas-guia - que, também, esperar-se-ia, são formas práticas de organização e ação.

No Brasil, apesar da persistência e atuação dos seus pais e mentores, (ligados ao Movimento da Reforma Sanitária dos anos 80, hoje se re-organizando e re-inventando) a Saúde Coletiva vive sujeitada às exigências dos órgãos de fomento, dos editais de governo, e dos projetos imensos - muito bem financiados, e finamente controlados.

De maneira nova e inesperada, os produtos desta saúde coletiva, semi-asfíxiada pelas demandas de produção, se transformam em dezenas ou centenas de interpretações locais, que irão produzir formas de operar diferentes em cada local, para angústia (ou não) dos intelectuais e dos gestores envolvidos. Mesmo sendo muitas as publicações - a saúde pública tem grande número de artigos e livros publicados e uma das piores relações entre número de revistas especializadas e demanda de artigos - na fila de publicação.

Agravando a crise, temos um vácuo de ideias reflexivas mais rigorosas e “profundas”. A fome dos símbolos se

agrava pela pouca oferta. Ou pela oferta inadequada. Campos consolidados e muito bem financiados, como a epidemiologia das muitas variáveis, adoecem de falta de ideias e de reflexividade. Por *ideias* me refiro a algo radicalmente diferente do número de publicações por ano. Outros campos perdem-se em jogos de espelhos ou na repetição superficial de ideias, argumentos e conceitos. Isso é inerente ao sistema do produtivismo acadêmico e não um defeito geracional - ou um sinal dos tempos. Entretanto, uns poucos intelectuais férteis e produtivos são hoje o farol aonde se voltam os anseios de estudantes de pós-graduação, de alguns gestores, e, em muita menor medida, dos profissionais da ponta. Diante de um regime generalizado de produção de pequenos saberes, fatiados e fúteis, o surgimento de “boas novas”, ideias interessantes e atraentes, produzidas por pessoas coerentes e carismáticas, são rapidamente - na velocidade pausada da história, quer dizer lustros ou décadas - absorvidas e digeridas.

As nossas pós-graduações de saúde coletiva quase não produzem mais pensamento crítico, limitando-se ao basal, à repetição mal mastigada e pior digerida dos pensadores da moda. Alguns autores ou discussões são considerados ultrapassados enquanto que outros se tornam de uso obrigatório e seu uso é marcado por abordagens de superfície. Em dimensões como, por exemplo, a metodologia da pesquisa chamada qualitativa, tema sobre o qual ministro disciplinas, a superficialidade é gritante; é claro que com exceções honrosas e heroicas que confirmam a regra. O mercado das ideias da saúde coletiva é estreito e paranoico: poucas revistas, pouco tempo de estudo, pouca exigência de reflexão e esforço, estudantes e orientadores mergulhados no “faz de conta”, e ausência de um projeto social mínimo sobre o tipo de pesquisador ou docente em produção ou em desejo de produção. Muitos estudam tão

só para ganhar mais prestígio, poder, ou mesmo um aumento de salário. A pressão social e funcional para fazer um mestrado ou doutorado é enorme. O como, o que, o para que, e a qualidade são menos importantes. O quanto sim; é fundamental. E o onde também; mesmo que esse onde tenha mínima penetração social. Pareceria que, ao querer se engrajar com os órgãos de fomento que definem o que é o “melhor”, os programas e grupos sacrificam o que historicamente tiveram de melhor: a reflexão profunda, pausada, cuidadosa. E a relação apaixonada com os saberes e seus produtores. O conhecer, o dialogar, o problematizar como aventuras criativas. Hoje, quase não existe o cuidado tradicional que se tinha com aqueles que mergulhavam seriamente na aventura intelectual e no pensamento crítico. As críticas ao hoje chamado produtivismo são muitas e provem de várias vozes e grupos. E o resultado desse produtivismo já está sendo notado na Saúde e na produção de ideias no sentido apontado.

Nesse contexto adverso (ou, melhor dizendo, novo e desafiador) os grupos e intelectuais que se articulam com o mundo da gestão pública, seja no nível federal, ou em prefeituras simpáticas às propostas desses grupos e autores conseguem transcender essa agonia acadêmica. Ou se voltam à extensão universitária. Ou equilibram as atividades de pós-graduação com as de graduação. Mas tudo tem seu custo. E por vezes esses custos são elevados demais, como acontece com a “incorporação” da dimensão de governo nos espaços acadêmicos.

Governar na saúde e as novas ideias

No Brasil vivemos um fato curioso, inaugurado com força em 2003, com a chegada de grupos, antes *alternativos*, ao poder federal. É a adoção entusiasta - mesmo que muitas vezes somente formal - de ideias vindas de vários cantões da saúde - tanto do planejamento mais mole, como de grupos tributários do pensamento psicanalítico e para-psicanalítico - a análise esquiva, incluída; e também ideias vindas da pedagogia crítica freireana. Essas ideias têm influenciado a produção de documentos e processos nos campos da educação, gestão e da humanização da atenção à saúde.

É interessante ver que, no mundo da Saúde Coletiva, da mesma maneira como, por exemplo, o kardecismo brasileiro se reinventou no Brasil³, propostas filosóficas, pedagógicas e ideológicas foram re-editadas e hoje permeiam várias das políticas públicas de saúde, sacramentadas pela aprovação das instâncias de controle social e de gestão do SUS. Ideias que em outras sociedades são consideradas partes de um cânone intelectual e acadêmico, correspondente a um período histórico definido - a França é bom exemplo disso - ao serem semeadas e espalhadas em outras culturas políticas, como as brasileiras, produzem formas diferentes de se auto-identificar, de se definir e de agir. Novos símbolos são inaugurados, ideias sínteses e palavreados novos são construídos.

A partir do convívio dessas propostas ideológico/sanitárias com governos das três esferas do SUS surgiram, desde 2003, várias experiências locais, publicações, e, interessante, Políticas Nacionais, como a de Educação Permanente, e a de Humanização; sendo a mais recente a de

³ Formas de organização, atuação e missão de vida totalmente diferentes do seu original francês -onde subsiste hoje como um pequeno grupo de pensadores.

Educação Popular em Saúde. Poderia se inferir aqui que, de forma semelhante à legislação sanitária brasileira, as políticas de saúde que foram sendo criadas na última década, estão dentre as mais avançadas do mundo. A queixa, entretanto, é que, por diversas razões, esses textos de vanguarda e de grande avanço não são adequadamente plasmados nos níveis de ação do Sistema Único de Saúde. É como se a realidade, essa chata (ou pior, as realidades, em plural) traísse formulações tão belas.

Acontece que essas “novas” políticas e lógicas de “fazer” - que na sua origem foram formas avançadas de “pensamento acadêmico” - são reinventadas continuamente em cada lugar, em cada prefeitura ou estado, em cada serviço. E são “lidas” de maneira diversa, em leituras inevitavelmente culturais, apesar da pretensão de verdade universal que elas têm - em especial nas versões divulgadas pelos grupos organizadores e difusores das ideias “boas” e “novas”. Alguns podem dizer que são distorções. Outros enxergarão reinvenção cultural. Quanto mais hermético o texto maior reinvenção. Quanto mais impreciso o dizer, maior chance de convivência do contraditório. Contraditório a tal ponto que chega a ser paradoxal: pregar dialogicidade e não dialogar; partir da leveza para ser pesado e autoritário; imaginar fraternidade e viver no meio de distinções (no uso que faz Bourdieu) e hierarquizações que reforçam a elite pensante e decisória e enfraquecem a plebe rude, sem poder, vulnerável e acuada no cotidiano.

Políticas, conteúdos, propostas, discursos e formas de agir fazem parte de uma *economia de trocas simbólicas de saberes*. (BOURDIEU, 2003) Nela, há agentes *autorizados* (decisão política, prestígio, produtividade) que aprendem, digerem e detêm os poderes - e são seguidos, e lidos, e escutados. Usualmente, esses agentes fazem parte de tradições onde, independentemente do seu conteúdo pretendo

ou formal, esses saberes são formas de hierarquizar (o “nosso” saber é o melhor, o “mais novo” substitui o “mais velho”, o “nosso” mestre é “melhor” do que o deles, etc.). Agentes se organizam em grupos e movimentos, promovendo reflexão, divulgação, transformação do ideal em ação. Os saberes são adquiridos em processos culturais (círculos de estudo, leituras de dificuldade progressiva, aquisição de jargões técnicos ou próprios do grupo); e são praticados com estilos próprios e singulares, mas também sociais (formas próprias de participação, formas de fazer, relações de poder e autoridade, critérios do desejado e do suficiente). Por vezes, esses grupos traem suas próprias propostas, em processos de auto-alienação ou de má consciência muito perigosos. Alguns mencionam que, ao se tornar instituída, a proposta perde força e se torna forma de opressão, que antes questionava. E o ciclo se renovaria indefinidamente. *Que tua prática se harmonize completamente com teu dizer*; algo parecido escreveu Paulo Freire. Nada mais difícil para os humanos: nunca percebemos totalmente como somos, o que desejamos, o que necessitamos dos Outros e de nós mesmos. Nesse novelo de dimensões, ideias-símbolo e imagens-amadas são obviamente traduzidas e trazidas à nossa singularidade pessoal e de grupo, fazedores parte que somos de culturas e de caminhos históricos diferenciados.

E, ainda sobre o governar (gestão em saúde, gestão do cuidado) e as novas ideias que são insufladas nele, vale a pena mencionar que o confronto do “novo” com o “velho”, em aparatos de estado (seja qual for a esfera de governo) marcados historicamente por defeitos e perversões por todos conhecidos, e pelo exercício generalizado de poderes de todo tipo (desde o micropoder dos anônimos no processo até os megapoderes dos governantes da saúde de primeiro ou segundo escalão). A mistura é explosiva e, no mínimo, imprevisível.

De símbolos amados e imagens objeto: a propósito de dois movimentos de pensar e agir.

Embora os temas esboçados acima não sejam o objetivo central da minha reflexão, eles ilustram bem o poder, a necessidade, e a utilidade real dos símbolos para a saúde coletiva. E sugere que o papel dos seus agentes difusores (intelectuais, professores, gestores que foram formados em determinadas lógicas ou aderiram a elas por conveniência, grupos de estudantes, pesquisadores, jovens profissionais) é central, para espalhar essas imagens e símbolos. Publicações também, mas só na medida em que se transformam em ferramentas sociais de reflexão, aprendizado e, por vezes, reprodução.

Ainda, mesmo não tendo me debruçado suficientemente, sugiro que os processos de movimentação cultural das ideias e dos símbolos obedecem a lógica inesperada das práticas sociais e culturais, não podendo ser, nunca, suficientemente controlados ou fielmente reproduzidos. Processos de interpretação e reinvenção – criativa, libertária, transformadora; ou rotineira, maçante, autoritária, conservadora... podem acontecer.

Antes de relativizar e aproximar esses símbolos, primeiramente irei me debruçar, de maneira um tanto irresponsável, sobre dois conjuntos de ideias/símbolo/imagens/seguidores/difusores/grupos relevantes a este livro: o da micropolítica do cuidado; e o da educação popular.

O movimento da micropolítica do cuidado

Fariam parte desse movimento - embora não necessariamente de forma orgânica ou ativa - aqueles que aderem às reflexões de autores como Gilles Deleuze, Félix

Guattari, Michel Serres, Jaques Derrida, Michel Foucault, Antônio Negri, dentre os mais conhecidos - sem esquecer dos dois antigos filósofos inspiradores: Friedrich Nietzsche e Baruch Spinoza. E, ainda, Bergson, e outros autores que os franceses mencionados também estudaram - menciono, por simpatia e afinidade, Paul Valéry, e Antonin Artaud. Aderem os pensares a pelo menos alguns desses pensares, e os trazem para a reflexão da Saúde. Esses leitores ávidos de autores desafiadores, com obras que demandam grande esforço, erudição, perseverança e fidelidade na medida em que se avança no saber, e requerem, em geral, da formação de grupos de leitura e discussão - solidários, iniciáticos e pedagógicos – que têm se organizado historicamente ao redor dos temas de gestão em saúde, planejamento, estudos sobre processo de trabalho em saúde, formação em saúde, e educação *permanente*.

Este grupo - em parte nuclear, embora não unificado - conta com um conjunto amplo de seguidores: estudantes de pós-graduação; estudantes das graduações de Saúde Coletiva; residentes das residências multiprofissionais; profissionais dos serviços; gerentes e gestores de prefeituras simpáticas a essas propostas; professores e técnicos de várias universidades e de centros de pesquisa. A atuação do núcleo e seus seguidores é ampla, em vários espaços, em grandes projetos, e em organizações de ampla representação no mundo da Saúde Coletiva.

Além da alta produção de textos expressivos, muito bem tecidos, com análises sérias e utilizando autores e referências de peso, todos esses autores – e seus seguidores, já publicando também – têm agido como assessores, consultores, coordenadores, secretários ou governantes. Direta ou indiretamente influenciaram a formulação das Políticas Nacionais mencionadas antes.

Essa atuação ampliada e o dinamismo intenso, fez e faz grande diferença ao pensarmos como e por que as propostas vão ampliando-se e sendo aceitas – e traduzidas e reinventadas – em múltiplos lugares.

Mecanismo central na ampliação do público das propostas e ideias é a criação e condução (e renovação e manutenção) de grandes projetos de saúde pública - sejam de educação e formação, programas ou projetos de pesquisa, eventos, associações e grupos, etc.

As metáforas, noções, conceitos e ferramentas ideológicas mais utilizadas são: micropolítica, cuidado, processo de trabalho, dispositivo, cartografia, densidade e peso dos tipos de trabalho, vitalidade desses trabalhos, linhas de fuga, captura... e os estados dinâmicos e opostos: instituído e instituinte, sujeito e sujeitado. E, ainda, de leituras de Spinoza, retiram a ideia de encontros que animam, ou alegam.

Como eu disse, estou sendo irresponsável, porque empreendimentos mais sérios e profundos deverão ser feitos a futuro, tanto para o estudo da produção intelectual desse conjunto de autores e grupos. Ainda, o que é mais relevante para a história da saúde pública brasileira, deverá se estudar a futuro como essas produções foram e estão sendo transformadas em arranjos institucionais, linhas de cuidado, e processos de gestão. Como elas mudam as realidades onde se instituem, com ou sem apoio dos gestores. E o surgimento dos paradoxos inevitáveis entre o desejado e proposto e o plasmado e construído *in loco*.

O que é verdade é que, depois de quase 25 anos das publicações iniciais de autores tão importantes como Luiz Carlos Cecílio, Gastão Wagner Campos e Emerson Elias Merhy, o campo da gestão do cuidado em saúde, os estudos de co-gestão de coletivos, de micropolíticas do trabalho

vivo, etc. já fazem parte do imaginário de muitos trabalhadores do SUS e, com certeza, de todo sanitarista ou pós-graduando da saúde coletiva. O pensamento desses autores e dos seus sucessores – já numa terceira geração de pesquisadores ou gestores – faz parte hoje do cânone sanitário.

O quanto eles são bem compreendidos, ou como suas ideias são repensadas a partir das próprias cosmovisões de leitores, profissionais, gestores e seguidores obedecerá a uma sociologia das ideias acima exemplificada.

Vale reafirmar que não há uma unidade de pensamento nem de conceitos nesse conjunto amplo de autores que trabalha a gestão do cuidado, havendo variações em tom, em referenciais teóricos, em formas de implementar através de projetos, programas ou experiências, e até em formas de agir em público - em eventos de caráter público como congressos, bancas, ou em reuniões periódicas de grupos de pesquisa, etc. Mas em geral eles salientam a forma como os pequenos poderes (microscópicos, moleculares) afetam os processos de trabalho, a organização e a gestão da saúde. Valorizar o invisível, o encontro, o ato de cuidar, e incorporar esse invisível à gestão e ao planejamento em linhas de cuidado qualitativamente diferentes, segundo eles, faria grande diferença para conseguir e manter a saúde das populações.

O movimento da educação popular em saúde

Embora as publicações iniciais dos autores da educação popular em saúde sejam anteriores às que iriam configurar o movimento da micropolítica, a organização deste movimento é algo mais jovem; ele é menos produtivo quantitativamente, e muito menos articulado em grupos, projetos, e consultorias sistemáticas. Este movimento foi

iniciado no Brasil pelo professor de história e educação Victor Vincent Valla, desde sua aproximação com o campo da saúde ao incorporar-se à Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz, nos anos 1980.

O investimento inicial de Valla e seus colaboradores, dentre os quais se destaca o sociólogo Eduardo Navarro Stotz, foi o de apostar no apoio cotidiano aos movimentos sociais e os grupos subalternos - ou, como eles chamavam, classes populares. A partir desse trabalho eles foram produzindo textos, inicialmente sobre participação popular, depois sobre os impasses de compreensão das falas dos setores populares; e, a seguir, foram incorporando temas como apoio social solidário, religiosidades populares, etc. Nos seus últimos anos de vida Victor Valla se debruçou sobre o tema da pobreza. Re-descobrimo seu viver cristão, Valla trabalhou com a ideia que a conversão cristã não seria um estado de conversão ontológica (o Ser em entrega a deus) mas sim o processo profundo de abraçar a pobreza. Esse *abraço* não seria conformismo, mas uma forma radical de criticar, questionar e mudar o estado de injustiça, desigualdade e marginalização.

Embora tenha sido esse grupo da ENSP quem iniciou o movimento na sua forma atual (Rede de Educação Popular e outros coletivos), os temas e abordagens da educação popular e saúde eram abordados e vividos por diversos grupos no país todo, especialmente nos serviços de atenção primária. Na Paraíba, Eymard Vasconcelos criou na universidade federal um dos projetos mais antigos de extensão, o PEPASF, de saúde comunitária, saúde da família e educação popular em saúde.

Os dois exemplos acima ilustram um perfil diferente de profissional e intelectual. Criticados pelo engajamento – que, como comentou uma professora da ENSP citando Marx, diminuiria a qualidade das reflexões porque perde-

riam tempo demais com os operários ou moradores de favelas – eles construíram formas de pensar e agir baseados nessa interação.

Assim, esses saberes nasceram *capengas* - expressão que Valla gostava de repetir, orgulhoso. *Mancam* de um lado. Ao mancar e capengar, os saberes são mais vagarosos. Lentidão, aliás, valorizada por esses autores.

Os autores, ativistas e lideranças deste movimento foram influenciados - e fazem uso de - por diversos temas e autores. Os autores mais lidos pela Educação Popular são os mencionados Valla, Stotz e Vasconcelos. Disciplinas e campos diversos vão sendo incorporados em alquimias pessoais e de grupo. Posso mencionar: a pedagogia crítica de Paulo Freire; a reflexão sobre o espaço de Milton Santos; a reflexão epistemológica de Boaventura de Sousa Santos; a antropologia crítica de autores como Eric Wolf, James C. Scott, Renato Rosaldo, e Arjun Appadurai; historiadores como E.P. Thompson e Carlo Ginzburg; o sociólogo da USP José de Souza Martins; autores marxistas mais recentes como Istvan Meszaros; além de escritores da literatura como João Guimarães Rosa, Manoel de Barros, Mia Couto, Eduardo Galeano, dentre outros.

Da mesma maneira que no movimento acima mencionado, o movimento da Educação Popular em Saúde dista muito de ser unitário e homogêneo. Há intelectuais eruditos, há os que privilegiam o cotidiano e as ideias produzidas no contato com outros grupos culturais e sociais - pobres, moradores, estudantes, mulheres, minorias. Há profissionais da ponta que gostam de refletir. Há artistas populares que vão digerindo ofertas variadas da saúde coletiva.

Hoje, na sua segunda geração de lideranças e autores, o movimento da Educação Popular tem se desenvolvido em várias linhas de pensar e agir. Nesse evoluir e mudar, um

fato especial aconteceu. Em 2003, quando o Partido dos Trabalhadores chega ao governo federal, foi criada uma coordenação de educação popular no Ministério da Saúde, como parte das negociações dentre os diversos PTs estaduais. Essa nova institucionalidade levaria a uma complexificação muito grande do movimento e das formas de ver, pensar, agir, escrever sobre o tema. Além da necessidade progressiva de “pensar em grande escala”, a interface com o governo influenciou temas, formas de dizer, pensar e agir.

Assim, temos o que posso chamar de linhas ou versões da educação popular em saúde. Um movimento que, nos seus primeiros dez anos caracterizou-se pela grande diversidade, a união afetiva, a crítica aos poderes, o questionamento ao clientelismo e às formas de populismo e propaganda política fazendo uso das metodologias culturais e pedagógicas da educação freireana, hoje é muito diferente. Coexistem linhas, ou visões do que caracterizaria a educação popular, sua reflexão e sua prática.

Uma das linhas mais preocupantes é aquela funcional à imagem e à propaganda de ações em saúde - seja governamentais ou de associações e organizações que representam a saúde coletiva. A educação popular se transforma em mecanismo festivo de divulgação, distração e, em menor medida, de reflexão ou chamada de atenção a determinados assuntos. Dispositivos culturais criados por artistas e intelectuais, identificados com “o popular”, são transformados em verdades universais, formas únicas de espalhar verdades, e se repetem, longos e intermináveis, em quase todo evento público da saúde.

Se por um lado essas ferramentas de lazer coletivo são formas eficazes de chamar a atenção, realizar dinâmicas de grupo como expressão reinventada de formas mais tradicionais de festividade, elas acabam *superficializando* e distorcendo a educação popular, tirando dela o reflexivo,

o crítico, a possibilidade de divergir e apontar novos caminhos, distantes do populismo, do clientelismo, e da superficialidade do simples emocionar-se. O oligopólio de algumas formas de expressão e compreensão e estímulo à participação ou mobilização em um país tão diverso, e com tantas inserções e cosmovisões aos processos de trabalho em saúde, deveria ser algo a mudar com urgência. Ao invés de impor alguns dispositivos como formas únicas de fazer, há necessidade de aprender novas formas de ver, sentir, propiciar, e compreender as realidades culturais locais e imaginar formas de recriar educações populares menos artificiais. Ainda, há uma discussão de ordem ética que deverá ser empreendida: as relações com os poderes de todo tipo; e, além disso, o próprio poder produzido e exercido em diversas frentes.

As outras linhas da Educação Popular, menos evidentes ao olhar público, por sinal, sofrem - como outras áreas e vertentes da saúde - as lógicas perversas da produtividade acadêmica ou dos serviços de saúde. Atuam em várias frentes. E publicam ainda de forma irregular. A participação em iniciativas do governo é também grande. Projetos de extensão, pesquisa, cursos, e atividades de formação são cada vez mais frequentes e maiores.

Por outro lado, um processo desafiador, diretamente ligado ao Ministério da Saúde, é o financiamento crescente de iniciativas, a maioria vindas do próprio ministério e executadas por instituições parceiras, com participação ampla de membros do movimento da educação popular, das várias linhas. Grandes projetos marcam a educação popular em saúde mais recente. Existe uma contradição implícita entre as largas escalas perseguidas pelos gestores federais e as propostas de educação radicalmente dialógica. O desafio é como manter a radicalidade da crítica, do diálogo e da construção compartilhada dos saberes em contextos de

distância e distanciamento, de homogeneização, de massa e de fidelidade a grupos e partidos; e utilizando formas tecnológicas mais apropriadas à formação técnica. Uma invenção nova se faz necessária.

As imagens e metáforas mais usadas por este movimento estão contidas nos conceitos incluídos na Política Nacional de Educação Popular e Saúde - PNEPS, aprovada por aclamação pelo Conselho Nacional de Saúde em 2013. São usados: diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, e emancipação. Ainda, é frequente o uso de expressões freireanas, como educação libertadora e bancária. E, hoje, são adotados dispositivos culturais oriundos do nordeste brasileiro, como cirandas, cenopoesia, terapia comunitária, etc.

As formas de operação deste movimento, como já disse, se diversificaram. Inicialmente o espaço de construção eram as redes e articulações e não tanto a academia e seus veículos oficiais (revistas científicas) de produção de saberes. A comunicação se dava através da internet e em encontros de educação; ou aproveitando congressos de saúde coletiva.

Em relação a produção acadêmica e publicações, muitos dos autores da educação popular privilegiam revistas menos “fortes”, com menos *qualis*, mas que ajudam a chegar aos profissionais de saúde da ponta. Tal é o caso da Revista de Atenção Primária à Saúde que, mesmo sendo B3, é muito lida e consultada por esses profissionais. O movimento também foi um dos primeiros da saúde coletiva a fazer uso amplo dos grupos de discussão pela internet.

Hoje, a maioria de pessoas que se identifica como “educadores populares” ou como “militantes” desse movimento estão espalhadas em: grandes projetos ligados ao governo; universidades - ensino, pesquisa e extensão - e

centros de pesquisa; a gestão pública da saúde; e a atenção ou organização da atenção primária (Estratégia de Saúde da Família e projetos de apoio à atenção primária). A educação popular tem um grupo temático formal dentro da ABRASCO, e participa tanto do CEBES como da Rede Unida através de figuras conhecidas. Os canais de comunicação na internet estão se reformulando.

Para encerrar esta descrição/interpretação - também algo irresponsável porque incompleta - vale mencionar que há pessoas que transitam nos dois movimentos, seja fazendo uso dos dois referenciais reflexivos ou transitando de forma prática, pelas organizações e iniciativas dos dois movimentos. Teses de doutorado e artigos misturando as duas abordagens - que, repito, já não são únicas nem homogêneas - estão aparecendo. E este fato interessante e esperançoso - do qual faz parte a dissertação que deu origem a este livro - mas também algo confuso ainda, me permite introduzir a parte final desta reflexão, irresponsável, mas simpática e solidária, e admirada pelas duas correntes - embora também preocupada pelas distorções produto da manipulação política, do uso autoritário, ou de vaidades e mesquinhez. Parte final menos diretiva, mais diretamente debruçada ao uso/papel das figuras e símbolos que tanto fazem falta no nosso cotidiano de profissionais da saúde. Os dois movimentos descritos aqui têm fornecido poderosos símbolos para o agir e, também, para o bem-estar.

A leveza do Ser

Uma das metáforas, imagens poéticas, ou *dispositivos de mudança* do movimento da micropolítica do cuidado é a ideia do *trabalho vivo em ato*. Ele é vivo porque feito por gentes. Em ato porque acontece no encontro - ato do encontro. E é caracterizado pelo seu mentor, Merhy, como *tecnologia leve*. Entendendo tecnologia, além das máquinas, como tudo aquilo produzido e criado para o processo de trabalho.

Na sua formulação inicial, no contexto do processo de trabalho, a metáfora do leve é oposta ao duro. Soft e Hard. Mole e rígido. Propriedade da matéria. Mas ela pode e deve ser muito mais.

A leveza é imaterial. Além do físico. Metafísica. A leveza, propriedade de ser leve, é não material. Segundo Merhy, o leve concebido por ele caracterizaria e definiria o especial do trabalho em saúde. Mas é mais. Algo mais que a densidade. O invisível define a saúde.

Além da leveza está o voo. Além da densidade e peso está a luminosidade. Além de tecnologias leves estará o que? Energia, vitalidade, sopro, espírito? O invisível do invisível. Qual o fio que une as miçangas? O que poderia ser o ultraleve?

E aqui a pergunta terrível dos budistas: se não há um Eu quem escreve isto, agora? Ela se repete sob várias versões em boa parte do pensamento oriental e também no ocidental.

O achado das tecnologias leves – vivas porque acontecendo no ato de cuidar – permite não só vislumbrar o valor do encontro e sua margem de liberdade no “ato” de cuidar/curar, mas permite outros voos não explicitados nas formulações dos autores desse movimento da gestão do cuidado,

contextualizados como estão na urgência e predominância de como melhor gerir o trabalho em saúde.

Penso que para esse agir de arranjos, gestões e linhas, penso que a leveza de densidade de matéria ou não matéria é suficiente. Mas podemos pedir mais.

Considerada por Ítalo Calvino a primeira e fundamental proposta para o novo milênio, nas suas conferências deradeiras em inglês, a leveza é associada pelo italiano a figuras da mitologia grega e romana, como Hermes, Perseu, o carro de Apolo, e o cavalo alado Pégaso. Voar, levitar, adentrar-se em novas realidades para perceber e mudar outras realidades. Bela imagem, belas metáforas. Ideais de criação e palavra. De silêncio – a exaltação da leveza é o silêncio do beijo dos amantes. É o ideal do andarilho, com seu báculo e sua pequena mochila, espantado. Peregrino da saúde e do cuidado amoroso.

Encontro leve, vivo, atual e transcendente. E transcendente porque tanto ele, cuidador, como o outro, cuidado, vão além. Se reconhecem e aproximam. Esquecem formalidades, chamam-se pelo nome. Sorriem, cúmplices. Leves. Por vezes levitam juntos.

Transcendente que é um imanente. Portanto qualidade do Espírito Humano. Espiritualidade como consciência do invisível em nós. O que seria de nós sem o invisível?, escreveu Paul Valéry. (apud ALVES, 2013)

E, finalmente, leveza de levitar. A *tekne* grega que leva a levitar, a suspender no ar o tempo e a velocidade. O carro de Hélios. Rapidez que é lenta. Peso que é ar de levitação. Santidade pecadora que se redime na boca suave da amada.

Leveza de aliviar o discurso e a cabeça do pesado, do inútil, da retórica densa e oca. Leveza do toque da criança.

Ser leve na leveza do Ser. Leveza que colhemos de várias fontes e reinventamos em água, água de alquimista. E, na educação popular, valoriza-se tanto a leveza da alegria, da cantoria, das danças, das conversas para nada solenes (leves), que há boas proximidades de imagens. O fazer da boa educação popular é totalmente vivo, totalmente leve, totalmente utópico, totalmente questionador daquelas coisas que impedem a leveza e geram o sofrimento e a dor das pessoas.

Nossas levezas são diferentes, como diferentes são nossos símbolos e nossa forma de ser com os outros. Mas podem muito bem entrar em dança.

Da incompletude como natureza humana

Somos e não somos. Estamos nos fazendo. Possuímos várias identidades em produção - ou nenhuma. Produzimos a vida e somos produzidos. Criamos liberdade, mas, ao mesmo tempo, somos moldados, oprimidos, impedidos de ir além. Ordem estabelecida e mudança. Preservação e revolução.

Essa reflexão metafísica não é nada recente, não é invenção primeira dos filósofos franceses da década dos 60, já está presente em pensamentos tão antigos como o budismo. Vertentes filosóficas Mahayana como a Madhyamika falam do fluxo de eventos momentaneamente conectados entre si e que identificamos como realidade, aplicando essa reflexão radical ao que denominamos eu. Não há uma consciência. Ha “algo” se produzindo.

Ao longo da história do pensamento - oriental e ocidental - há várias versões desta percepção. Existiria talvez uma relação entre a orientalização do ocidente (entre as décadas de 50 e 60 do século passado) e os achados filosófi-

cos dos pós-estruturalistas? Talvez essa discussão seja inútil ou fútil. O que vale aqui é que percepções consideradas recentes - e, no senso comum, melhores ou mais atuais - são versões de pensamentos milenares. Lembremos a imagem poética do Zaratustra. Ou o mergulho oriental dos beatniks. Ou o desenvolvimento da sinologia na academia francesa. Ou, finalmente, a forte inspiração oriental do conjunto de pensadores metafísicos europeus do século XIX como Allan Kardec, Helena Blavatsky, Rudolf Steiner, ou George Gurdjieff, por citar os mais conhecidos.

Autores amados pelos dois movimentos também assumem essa incompletude como marca e visão do humano. O estar “se fazendo” de Riobaldo, personagem central do Grande Sertão Veredas. O “voar fora da asa” do poeta Manoel de Barros. Só dois exemplos usuais.

Copo meio cheio, meio vazio. Que nunca será colmado, saciado. Recipiente potencial para tanta coisa. Sermos o que sonhamos. Ser outros. Ser, finalmente, nós mesmos. Ser legião – tal os demônios do carpinteiro de Nazaré. E ser a gota de orvalho sobre a pétala da única flor do deserto.

Incompletude como possibilidade, como *potência*, como produção de sentido e de subjetividades. Oportunidade de Ser Mais. Convite à imaginação e à criação. Ruptura de correntes que sujeitam. Construção dialógica de formas de saber/ser juntos.

Reconhecer-se incompleto é difícil para certos atores do drama da saúde coletiva. Cheios de saberes, seguros de ideologias habilmente adquiridas e dominadas, com acesso precoce a poderes sobre outros, com inteligência para prever o movimento do adversário.... todas as virtudes próprias da sociedade competitiva do consumo são empecilhos para saber que podemos aprender, especialmente do Outro, do simples, do que classificamos como ignorante, invisível, marginal.

Construir a própria pessoa como entidade eficaz de sucesso dentro do mundo capitalista é garantia de completude. Copo que desborda. Negação do “estar se fazendo”. Se, por um lado, nossa pregação é uma, nosso fazer é outro. Dizer que transformaria e libertaria. Fazer que acorrenta e nos afoga em vaidades e exercício de pequenos poderes cruéis.

Da vontade de Ser Mais

Discussão clássica do Paulo Freire, a vontade de ser mais e a curiosidade epistemológica, parte claramente do reconhecimento da incompletude. E daí radicalidade do conhecer, privilegia os oprimidos, os que tem menos e são desprezados e explorados. A diferença da interpretação tradicional – até final do século XIX – do catolicismo oficial, que concebe a transcendência como um “entregar-se a uma divindade além de nós mesmos”, Freire humaniza o Ser Mais. É necessidade básica do humano. É fato cotidiano que permite o viver. Esperança. Outra forma de Ser Mais. Paciência impaciente.

Nos fazemos no instante e na história. Saímos de nós mesmos para nós mesmos que já é Outros.

Espiritualidade como processo profundamente humano. Onde nos transformamos com os Outros e no mergulho do Ser.

Se tudo é superfície não há percepção de urgência de busca; de ir além de nós mesmos e voltar a nós mesmos. É preciso profundidade. É preciso mergulho.

A vontade, anestesiada pela injustiça que expulsa ou marginaliza, ou que qualifica o outro como inferior, despossuído, é dimensão a ser potencializada. Criar “linhas de

fuga”, “rupturas”. Favorecer movimentos não lineares. Descobrir o Ser Mais que não é dom doado pelo Divino Externo. Mas que é brilho em comunhão com as várias dimensões e estratos geológicos do Ser - platôs, mesetas - e em diálogo. Um Ser em diálogo. Sempre com os Outros. Ser que é Outros, todos e nenhum.

Um mundo e um Ser que se constrói com os Outros. Sabedor que o edifício construído é flutuante, mutável, temporário. Mas esperançoso, transcendente e imanente ao mesmo tempo, humano, divino e mais do que humano.

Na educação popular esses processos de transformação alquímicos são orientados prioritariamente para o ler criticamente o mundo e transformá-lo. Na micropolítica do cuidado, reinventar-se, em processo, em diálogos de diferentes, é criar formas, linhas, movimentações para fugir das capturas – opressões talvez.

A gratidão como um ensaio: a maneira de conclusão.

Afinal, visualizo o caminho que percorri, me reconheço e me surpreendo. Afinal não somos tanto o que dizemos, aderimos, lemos, propomos. Afinal somos o que fazemos. Os gestos. A forma como qualificamos os Outros, nos relacionamos de forma respeitadora e não mesquinha. Somos o que vamos sendo. Pelo caminho de Galta, como disse Octavio Paz (1976). Por alguma cidade invisível que está dentro do olhar do viajante. Por um entardecer olhando o mar e segurando uma mão.

Os movimentos e os símbolos dançam. Nem sempre a dança é gostosa. Por vezes oprime. Por vezes alguém se sente usado, preterido, expulso da festa. Mas é provável que sem música não haveria festa.

Vontades coletivas e singulares, históricas e de instante, presas às condições duras do mundo desigual, mas também passarinhos de voo inevitável.

E temos de ser gratos aos caminhos percorridos. Porque em todos eles os caminhos nos ofereceram o compartilhar profundo do seu ser de terra ou pedra, de asfalto ou areia. Porque uma vez percorridos nós somos também esses caminhos. E esses caminhos, lembranças ou instantes, beijos ou despedidas, também nos fazem.

Viajar, caminhar, reconhecer paisagens do mundo como pinturas do viver interior, é tornar o Ser o Mundo. O divino humano. E o corriqueiro em poesia.

Ao ter tido, nestas páginas, oportunidade de refletir/sentir, senti/pensar temas e dimensões que nos afligem, mas que por outro lado nos demandam esperança (de Ser Mais, de Ir Além, de renovar as incompletudes, de voar fora da asa com leveza), é necessidade exercer a gratidão. Gratidão como exercício humano do sagrado cotidiano. Agradecer verdadeiramente é radicalidade humana, milagre. É reconhecer o valor profundo dos outros nas caminhadas e nos tropeços.

Assim termino, agradecendo aos parceiros, aos amigos, e aos movimentos que fornecem esses símbolos - sagrados porque humanos - que movimentam sismos bons na saúde. A gratidão verdadeira também exige, e muito, dos envolvidos. E aqui a exigência é a de continuar conversa, reconhecer erros e limites e distorções, e criar para a alegria novos símbolos, novas imagens, novos caminhos que, percorridos, serão afinal Nós Mesmos.

Advirto, enfim, sobre o perigo, sempre nos acompanhando de que belos prédios de ideias se transformem em formas de opressão, justificativa do poder de poucos sobre muitos e geração de dor com palavras belas.

Agradecimentos

Ao Luciano, pelo convite. Ao Eymard, pela leitura atenta – da forma e do fundo. E à Amélia, pelas ideias, o cuidado, o rigor, e o afeto.

Nota explicativa

Espero com este texto contribuir não somente ao diálogo e ao debate, mas indicar que o valor da vida e da obra do Eymard Mourão Vasconcelos transcendem em muito o mundo das ideias. Seu valor para centenas de jovens e profissionais, tanto na UFPB como nos mais diversos lugares do Brasil, é indiscutível. Ainda, ele é talvez um dos autores mais lidos pelos estudantes e os profissionais da atenção primária à saúde. E isso, muito mais do que um pensamento esférico, blindado, autossuficiente, faz dele uma pessoa fundamental para a saúde brasileira. Boa parte das coisas que aqui desenho foram gestadas no convívio e no diálogo cotidiano ao longo de anos com Eymard e outras pessoas queridas da Educação Popular em Saúde.

Referências

- ALVES, R. O poder do que não existe. Disponível em: <<https://rubemalvesdois.wordpress.com/2013/02/16/o-poder-do-que-nao-existe/>>. Acesso em: 28 ago 2015.
- BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. Tradução: Plínio Dentzien.
- BENEVIDES, I.A. Viagem pelos Caminhos do Coração, Limites e Possibilidades do Programa Saúde da Família. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. (Saúde em Debate, 140)
- BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva S.A., 2003.
- CALVINO, I. **Seis propostas para o novo milênio**. São Paulo, Companhia das Letras, 2002.
- MANO, M.A.M. Ensaio sobre a gratidão. In: PRADO, E.V.; MANO, M.A.M. (Orgs.) **Vivências de educação popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos: UFSCAR, 2010.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).
- PAZ, O. **El mono gramático**. Barcelona: Seix Barral, 1976.
- VASCONCELOS, E.M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2011. (Saúde em Debate, 166)
- WONG-UN, J.A.O sopro da poesia: revelar, criar, experimentar e fazer saúde comunitária. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. (Saúde em Debate, 166)

UMA TORÇÃO¹ PEDAGÓGICA NO CUIDADO EM SAÚDE

Helvo Slomp Junior
Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Débora Cristina Bertussi
Maria Paula Cerqueira Gomes
Emerson Elias Merhy

Introdução

Em pesquisas recentes (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015; GOMES; MERHY, 2014), e outras ainda em andamento, nas quais temos nos esforçado em estabelecer uma relação diferente entre os pesquisadores e o mundo do trabalho em saúde, dentro da perspectiva de que todos que aí estão são pesquisadores, incluindo-se o usuário, temos constatado que as equipes

¹ A filosofia de Gilles Deleuze é marcada pela “diferença”, que o autor francês persegue adotando um procedimento chamado *torção* criadora: ele se apropria, “deglute” as ideias de pensadores, artistas, cientistas etc, que ele considera “intercessores”, ou seja, aqueles que o incitavam à ação-comunicação criadora, para em seguida os “digerir”, ou seja, modificá-los ao tecer seu próprio pensamento. Suely Rolnik prefere transmutar esse procedimento para a noção brasileira de *antropofagia*, esta engendrada no movimento modernista da primeira metade do século XX.

de saúde, frequentemente, trazem para debates sobre o cuidado em saúde certos temas que dizem respeito à chamada “educação em saúde”.

A emergência do tema se dá tanto por ser esse um território de tensões entre equipes e usuários, quanto por nossas pesquisas tenderem a operar na dimensão do trabalho vivo em ato, ou seja, se efetivarem em lugares repletos de tensões. Em tais contextos, aquelas equipes têm demandado, no interior do próprio processo de investigação, junto aos pesquisadores tidos como “agentes externos”², aportes para enfrentamento das tais tensões.

Embora essa temática não estivesse contemplada nos “objetos” iniciais dos respectivos estudos, percebemos, no entanto, que em outras atividades dos pesquisadores, quer em serviço assistencial do campo da saúde, quer em atividades da docência na formação em saúde, tal demanda nunca foi rara. Portanto, mesmo na condição de não especialistas na matéria, já que esse não é o principal debate que nos propomos a travar em nossas pesquisas, neste texto estamos visando a produção de um saber que contribua para as discussões em torno da educação em saúde, nesse acontecer em ato do cuidado em saúde em que sempre procuramos nos posicionar.

Para tanto tentaremos refletir sobre de que modo esse recorte da saúde coletiva, que se debruça sobre as ações pedagógicas das quais os trabalhadores da saúde lançam mão quando do cuidado aos usuários, poderia dialogar com uma perspectiva micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde. Trabalharemos com o pressuposto de que este debate não pede respostas definitivas, mas

² “Externo” para caracterizar aqueles que visitam uma certa organização e pedem, para os vários coletivos que ali operam o cuidado, a construção coletiva de uma investigação compartilhada, em seu próprio mundo do trabalho.

pode se beneficiar de outras leituras a partir de diferentes e singulares perspectivas.

Portanto, este capítulo não objetiva ser mais uma crítica aos modelos ortodoxos de educação em saúde, embora precisemos relembrar algumas delas aqui, e também não procura produzir “a” resposta que acreditamos mais conveniente para aliviar todas as tensões que essa temática carrega, até porque estamos certos de que ela não existe. Ao trazer aqui algumas discursividades que aparecem nos debates e práticas de saúde até então colocados, este texto objetiva, isso sim, ensaiar uma outra possibilidade de olhar o já visto.

Delimitação da temática para debate

De que “educação em saúde” falamos mesmo? Trata-se daquilo que todos nós, advindos do campo da saúde, já ouvimos falar, praticamos mesmo, e que tantas vezes nos produziu frustrações: quando trabalho com saúde sou levada(o), por vezes, a operar, junto aos usuários, na condição de educador(a).

De hábito, a literatura especializada trabalha com esse tema de modo distinto do que estamos aqui construindo, ao concebê-lo como um território bem universal: a educação em saúde como tradução de *educación para la salud* ou de *health education*, também conhecida como “*educação sanitária*”, considerada como um “*ramo ou método da medicina preventiva*.” (STOTZ, 1993, p.14) Nessa situação, pode ser compreendida como o “*processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população*” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2012); ou “*um modo de fazer as*

“pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças.” (GOMES; MERHY, 2011, p.11) Um exemplo disso são as palestras para a comunidade, por vezes tidas como *“repasso de normas e orientações de higiene e boas condutas.”* (GOMES; MERHY, 2011, p.12) outro exemplo é o momento das *“orientações ou recomendações gerais”* em um atendimento clínico individual, operações que se dão, quase sempre, no plano prescritivo.

É nesse contexto que queremos localizar o presente debate: na dimensão pedagógica da relação de quem trabalha cuidando da saúde de sujeitos individuais e/ou coletivos enquanto demarcação de um certo território identitário comum do profissional de saúde. São muitas as possibilidades de reflexão em torno das dimensões pedagógicas no cuidado em saúde, como por exemplo o campo de estudo que tem tomado a produção do cuidado implicando em processos de subjetivações a constituírem cidadãos em consumidores de atos de saúde, em especial atos médicos. (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011) Mas não exploraremos neste texto outras dimensões que não a delimitada acima.

Hoje a educação em saúde constitui um vasto campo de conhecimentos e práticas, já que muito se discutiu e experimentou ao longo de tanto tempo, no mundo ocidental, a partir do momento em que se identifica a necessidade de prevenção e de enfrentamento de um certo “risco” em saúde. Esse movimento, segundo Caponi (2003), emergiu quando Villermé descreveu as condições de vida dos operários da indústria de algodão na França, em 1840. A discussão sobre o chamado paradigma do risco é

uma das várias tensões que permeiam o tema da educação em saúde, mas voltemo-nos à imensa gama de atividades individuais e coletivas operadas sob essa rubrica, ou suas variantes, herança que nós - os que atuam em uma ou mais das várias dimensões da saúde - recebemos dos tempos da Higiene enquanto disciplina médica, sendo depois vinculada à nossa conhecida Saúde Pública:

O âmbito da educação em saúde é relativamente amplo. Inclui desde técnicas destinadas a assegurar a adesão às terapêuticas - lidar com o abandono do tratamento, com a ‘negociação’ da prescrição médica pelos pacientes - até aquelas outras, orientadas para a prevenção de comportamentos ‘de risco’, a exemplo da gravidez precoce, o consumo de drogas legais (álcool, tabaco) e ilegais (maconha, cocaína), a falta de higiene corporal, o sedentarismo e a falta de exercício físico. (STOTZ, 2007, p.50)

Embora não nos caiba compor uma revisão extensiva sobre o assunto, faz-se necessário nos colocarmos frente a alguns modos de se operar educação em saúde, dialogar com algumas daquelas que nos parecem as vertentes predominantes do saber-fazer educação em saúde com que convivemos hoje no Brasil contemporâneo: este do Sistema Único de Saúde. Stotz (1993), em um texto que influencia até hoje um variado leque de autores e profissionais nessa temática, chamou de “enfoques” as diferentes abordagens educativas de que se pode lançar mão a fim de se “educar” os sujeitos individuais e coletivos quanto à saúde. Assim, ele oferece, didaticamente, os 4 enfoques que entende como possíveis nessa modalidade do agir em saúde: educação em saúde “preventiva”, “educativa”, de “desenvolvimento pessoal” e “radical”.

Deles, nos interessa especialmente o enfoque *preventivo* - que, segundo o autor, predominou absolutamente nos serviços de saúde por décadas, e que somente com a implementação da estratégia de saúde da família, em nosso país, passou a conviver com os demais enfoques. Este enfoque tem o profissional de saúde como o educador, como o protagonista de certa ação educativa que incidirá em um alvo, o paciente, com o objetivo de obter um comportamento saudável. A aquisição desse comportamento se dá mediante a persuasão dos indivíduos quanto aos riscos a que estão expostos. (STOTZ, 1993)

Não por acaso, esse “enfoque preventivo” da educação em saúde se articulou no Brasil com a incorporação, pela saúde coletiva, da chamada “corrente *behaviorista* da Promoção da Saúde”. Essa corrente surge no Canadá com a divulgação do Relatório Lalonde, em 1974, no contexto da chamada transição epidemiológica. (CARVALHO, 2005) Segundo esta vertente, a saúde era tida como sinônimo de ausência de doença, e a doença por sua vez tida como fenômeno frequentemente causado por maus hábitos (hoje, usamos a expressão “estilo de vida”), e os consequentes riscos auto impostos.

Nos parece óbvia a vinculação ao paradigma do risco, e, mais do que isso, também a certas concepções de saúde-doença informando as ações educativas nessa ordem preventivista - outro debate bastante extenso que perpassa o campo da saúde coletiva. Caponi (2003), por exemplo, aponta, a partir da obra de Canguilhem, a construção da ideia de “patológico” - transposto para populações e condutas individuais “de risco” - como desvio da normalidade em duas dimensões: a norma como frequência matemática (risco probabilístico) mas também como valor (perigo médico e social). É possível perceber com isso aquela construção histórica que parece sustentar a missão preventivista e,

portanto, a conformação pedagógica de certas intervenções junto a sujeitos individuais e coletivos. Neste momento, lançaríamos mão do conceito de território existencial ou identitário, tal como definido por Félix Guattari (1992):

(...) a concepção tradicional de sujeito, racionalista-estruturalista, pressupõe a individuação como unificadora de estados de consciência (na ordem do Eu) e o foco da expressividade. Para tanto, lança-se mão de conjuntos discursivos, dentre eles: os **referentes significantes**, que compõem as chamadas expressões semiológicas (família, educação, meio ambiente, religião, arte, esporte, indústria da mídia); e os **valores transcendentais**, incluindo por exemplo o verdadeiro, o bem, e o belo. Por repetição intensiva desses conjuntos discursivos e valores transcendentais afirma-se uma certa normatização dos processos existenciais, ou um território existencial auto-referenciado. (apud SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015, p.540, grifos nossos)

O enfoque preventivo nos parece central como referente simbólico, ao configurar um certo agir profissional no campo da saúde, ao qual nós, que buscamos uma formação profissional nesse campo, tendemos a ser conformados. Esse movimento estrutura todo esse território identitário auto-referenciado que denominaríamos “ser profissional de saúde.” (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015) Com esse sentido de educar para obtenção de uma melhor saúde, os trabalhadores são levados a assumir o papel de guardiões de certo ideal de uma forma única e saudável de viver (valor transcendente?), e de prescritores das regras para alcançar esse ideal. Assim, fabrica-se um conjunto de prescrições centrado em negativas: “não pode comer

açúcar”, “não pode comer sal”, “não pode beber álcool”; “não pode fumar”, “não pode” tantas coisas fundamentais nos modos de viver que, por fim, a ideia do “não pode” conduz a um afastamento do profissional de saúde dos sujeitos sob seu cuidado.

Trata-se de um trabalho de normatizar e simplificar a vida como se a mesma coubesse em um conjunto de regras, oferecidas sob o desenho de um cardápio terapêutico no qual resta ao “paciente” apenas consumir o que lhe foi prescrito. Nesse modo de encontro, o atendimento acontece como se não houvesse tensões ou outras possibilidades no encontro. Não há o que problematizar quando se está diante de um ideal a ser cumprido, cabendo apenas se submeter a ele, afinal o objetivo a ser alcançado é o mais nobre possível, qual seja: a melhoria da qualidade de vida (sob determinados critérios, ou seja, o da ciência oficial que preside as prescrições). Nesse encontro, aparentemente, todos falam, todos ouvem, e todos fingem que a orientação/prescrição será facilmente operada na vida.

Algumas operações importantes precisam ser apontadas aqui. A primeira, é que essa melhoria ideal da qualidade de vida está totalmente sob o alcance - e responsabilidade - do sujeito que demanda o cuidado. Outra, ainda mais interessante, é que nesse momento há a pretensão de suspensão de todas as outras dimensões que jogam um peso igualmente importante na história de vida do sujeito e, muitas vezes, na própria história de seu adoecimento, tais como as sociais, econômicas, subjetivas, entre outras.

Diante disso, cabe, então, abrir espaço para um estranhamento: porque os trabalhadores de saúde são tão prescritivos e não consideram o modo com que cada um opera sua vida? Esta questão se impõe inclusive porque, na maioria das vezes, mesmo diante de toda prescrição

educativa, os usuários (e os próprios trabalhadores quando colocados nesse lugar...) insistem em continuar fazendo tudo que desejam, se opondo frontalmente a tal prescrição. Ou não?

Incômodos com essa construção chamada “educação em saúde”

Considerando que esse tema não é assunto novo, na literatura especializada nota-se um consenso em torno das limitações desse enfoque e conjunto de práticas de ordem comportamental. Há quem diga que essa abordagem, tida como de orientação cartesiana, autoriza intervenções normalizadoras-normatizadoras nas vidas dos usuários, e tem presença hegemônica nas redes brasileiras de atenção à saúde. (GAZZINELLI et al, 2005; STOTZ, 1993) Para Ayres (2002), no caso brasileiro da prevenção do HIV/AIDS, as primeiras campanhas apresentaram resultados questionáveis, na medida em que faziam do medo e da noção de grupo de risco suas estratégias centrais. Essas campanhas centravam-se em modelos pedagógicos preventivos tradicionais, orientados por uma ideia de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária, baseados na simples aquisição de informação numa perspectiva de modelagem do aprendiz.

As práticas decorrentes desse pensamento, mesmo que tenham garantido - e efetivamente garantam -, aqui ou ali, certa proteção populacional, ao serem inextricavelmente ligadas às normas de frequência e normalidade, parecem ter produzido também ações educativas que, como já dito anteriormente, tendem a transferir para os indivíduos a responsabilidade quase exclusiva por seu adoecimento. (CAPONI, 2003) Segundo Caponi:

Esta pesada herança da higiene e da medicina legal, da qual a saúde pública parece ainda não ter podido se libertar, se reitera por vezes em certas políticas atuais dirigidas ao controle das consideradas populações e condutas de risco. (CAPONI, 2003, p.72)

Assim, é de uso corrente a hipótese de que, por trás dessa concepção tradicional de educação em saúde, há uma forte noção de risco que, segundo Caponi, e desta vez apoiando-se na obra de Robert Castel, teria sofrido uma tênue transformação a partir da noção de “dano”. O deslocamento do que é possível para o que é provável leva a uma antecipação da ação junto a certos sujeitos individuais e coletivos e, conseqüentemente, justifica o ato de vigiar e intervir. Ao informar as estratégias de prevenção e de promoção da saúde, a autora conclui que tais estratégias “podem gerar tanto ações inócuas ou efetivamente benéficas para nossa saúde, como modos de controle e exclusão.” (CAPONI, 2003, p.74)

Ayres também atribui o caráter modelador da pedagogia sanitária tradicional à sua orientação a partir do paradigma do risco, e admite que, à parte o “preciso manuseio formal e matemático” deste paradigma, o mesmo acaba por afastar as ações de saúde de certos aspectos fundamentais da realidade, propondo então uma “efetiva substituição da atitude modeladora por uma atitude emancipadora nas práticas educativas.” (AYRES, 2002, p.20)

Para outros autores, a educação em saúde, em sua concepção nuclear, acaba por se configurar como um poderoso “instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde” (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p.260), visando, por dentro dos serviços de saúde, o “controle social dos doentes e/ou das populações “de risco.”

(STOTZ, 2007) Ainda, segundo Gomes e Merhy (2011), um tal movimento de “*instalação de boas práticas*” acaba por legitimar o profissional de saúde como único “*portador de um saber em saúde que o outro deve adotar ou incorporar*” mediante “*práticas inculcadoras-homogeneizadoras*”, centradas em tecnologias duras e leve-duras, ao invés de se aceitar o desafio da “*ressingularização*” das mesmas em conjunto com o usuário, a partir das tecnologias leves. (GOMES; MERHY, 2011, p.16)

Foucault construiu a ideia de que a prescrição de modos de viver e a instauração de práticas de vigilância e disciplinarização por parte do Estado, em direção à população, são constitutivas da produção do Estado moderno e da Medicina Social como campo de práticas, e depois de saberes, num movimento completamente imbricado. (FOUCAULT, 1979) O autor propõe a ideia da biopolítica como política de regulamentação da vida, e as práticas de educação sanitária são constitutivas desse movimento. (FOUCAULT, 1999) Incorporadas por dentro da promoção à saúde, englobam desde aquelas práticas cotidianamente operadas nos serviços de saúde, como algumas estratégias populacionais que persistem no campo da saúde coletiva.

Enfim, muitos autores têm publicizado seus incômodos com relação ao persistente modelo que a educação em saúde imprimiu ao longo das últimas décadas, e diferentes propostas têm sido apresentadas como contraposição. Não faremos aqui uma revisão extensiva, mas exemplificaremos com alguns projetos que chamaremos de “*emancipatórios*”, para então oferecer mais uma “*torção*” que, neste momento, nos parece possível.

Certos projetos emancipatórios para a educação em saúde

Primeiro, é mister lembrar do projeto que, na segunda metade dos anos 1980, a conhecida Carta de Otawa inaugura no Canadá: a chamada *nova promoção da saúde (NPS)*, autodefinida como “processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde, visando um futuro mais saudável.” (CARVALHO, 2005, p.53) Tal matriz estabelece também o conceito de *empowerment* como sendo o “acúmulo de poder em distintos âmbitos da vida (...), tornando possível aos indivíduos e coletivos responder, de maneira criativa, aos desafios biopsicossociais.” (CARVALHO, 2005, p.53-82) A NPS propõe também o fortalecimento e desenvolvimento de habilidades pessoais e comunitárias (o que a aproximaria do enfoque de “desenvolvimento pessoal”, de Stotz?), e também, a partir de uma abordagem socioecológica, a implementação de políticas públicas saudáveis, incluindo criação de ambientes favoráveis à saúde. (CARVALHO, 2005) Essa corrente da NPS teve grande influência no campo da saúde coletiva brasileira e de algumas políticas públicas em nosso país.

Outros autores fazem uso a seu modo de uma matriz dialética para fazer andar a abordagem de educação em saúde. O mesmo Stotz, no já citado texto, ao desenhar sua taxonomia da educação em saúde, já contrapunha aos enfoques preventivo, educativo e de desenvolvimento pessoal, o enfoque por ele denominado “radical”. Segundo o autor, essa seria a única abordagem que deslocaria o sujeito da ação pedagógica, já que nas demais ficaria restrito a ser promotor da mesma. (STOTZ, 1993) Tal proposta, colocada por Stotz como a única resposta relevante à já clássica determinação social do processo saúde-doença, teria como objetivo uma mudança da consciência social da saúde mediante a persuasão para a luta política e a participação

popular, no sentido de se tentar inverter o implacável eixo de determinação socioeconômica das condições de saúde dos grupos sociais. (STOTZ, 1993; 2007)

Ayres caminha por outra seara e propõe uma reorientação da relação pedagógica em saúde com base na noção de vulnerabilidade, a fim de nortear uma nova concepção de prevenção do HIV/AIDS. Diz o autor:

Até pela natureza das questões postas em jogo quando a consideração dos comportamentos é incluída na esfera mais ampla das vulnerabilidades, não se pode esperar que a simples transmissão de uma informação modele o educando à vontade do educador. (AYRES, 2002, p.17)

Um quarto projeto emancipatório com ofertas também poderosas nesse campo da educação em saúde, e que configuraria um desdobramento brasileiro do enfoque radical, é o da *Educação Popular em Saúde*. Considerando que essa produção está bem representada em outros capítulos deste livro, o que nos dispensa de falar aqui - e superficialmente - sobre ela, só destacaríamos que, mais do que simplesmente uma nova abordagem ou vertente da educação em saúde, a educação popular em saúde constituiu-se, ao longo das últimas décadas no Brasil, em um amplo movimento social que extravasa os serviços de saúde. Ao fazer convergir para esse projeto algumas dimensões do cristianismo, do humanismo e do socialismo, e ao mobilizar profissionais de saúde, pesquisadores e as classes populares, investe na luta contra os determinantes e condicionantes da saúde, e contra a medicalização. (GOMES; MERHY, 2011; STOTZ, 2007; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004) Nesse sentido, mais do que um projeto pedagógico emancipatório na saúde, tal movimento se apresenta como socialmente emancipador.

Enfim, tentamos compartilhar até aqui um breve panorama do grande projeto da educação em saúde no Brasil, os incômodos que o mesmo acumulou, além de algumas das propostas emancipatórias que o tensionam. Destas propostas, verifica-se toda uma diversidade, cada qual com seus argumentos, orientações políticas e alegações que podem, de acordo com o interesse do leitor, ser extensivamente analisadas em publicações específicas. É possível perceber que algumas propostas, efetivamente, parecem elevar a outro patamar as relações entre trabalhadores da saúde e usuários, tomando estes últimos como protagonistas das ações formativas e, desse modo, reorientando-as politicamente.

Nas próximas seções gostaríamos de retomar a motivação inicial do texto: as tensões que emergiram em algumas das pesquisas que temos realizado, quando produzida visibilidade a esse tema da educação em saúde, e que deslocamentos foram experimentados em função disso. Antes, nos parece interessante fazer uma conexão com a questão “de que educação em saúde falamos mesmo?” - que tentamos responder na seção - “delimitação da temática para debate” -, deslocando-a para os sujeitos produtores e objetos dessa ação, ou seja: a respeito de que sujeitos (educador ou educando) estamos falando?

Posicionando o tema do sujeito frente à educação em saúde

Ensinar para cuidar. Há nítidos lugares definidos nessa relação e, conseqüentemente, posições tomadas. Para Félix Guattari (1992), a concepção tradicional de sujeito é marcada por um caráter racionalista e estruturalista, pressupondo a individuação como unificadora de estados

de consciência na ordem de um “Eu”, que com sua expressividade é tida como sendo o próprio sujeito, e já relembramos acima como se dá a constituição desse território existencial autorreferenciado. Em uma de nossas pesquisas (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015), trabalhamos com a ideia de que nós, profissionais de saúde, somos conformados em um território que comporta uma determinada missão intervencionista como valor transcendente, aliada a um poderoso referente significativo que opera também como concepção de educação, um território identitário que enunciaríamos assim: “ser profissional-educador em saúde”. Tal arranjo desdobra-se em ações normatizadoras do comportamento que, a fim de legitimar as prescrições, demandam novos instrumentos e modos cada vez mais eficientes de expressão.

Ao entender o sujeito como produto acabado, tanto o profissional de saúde como o usuário são cristalizados pela repetição de regularidades. Esse modo de considerar o sujeito, no nosso caso de profissionais de saúde dotados que somos de teorias e métodos *a priori*, é chamado por Merhy (2004), quando discutia o agir pesquisador, de *sujeito epistêmico*. Nessa perspectiva, o desafio pedagógico efetivamente será grande, talvez intransponível. E por quê? Tedesco (2006) nos aponta a distância que uma tal noção de sujeito, concebido como produto final de uma subjetividade composta por certas regularidades em determinado instante, toma com relação a uma outra noção possível de sujeito, agora produto de uma subjetividade enquanto processo. Sujeito atravessado por planos de forças, em permanente construção de si mediante relações, conexões, produto enfim de um processo de subjetivação.

No texto citado, Merhy (2004) debate com a produção de Mario Testa para colocar em análise os ideais científicos de objetividade/neutralidade, e revelar outros modos de

sujeito que insistem em coexistir com o sujeito epistêmico, e que nem mesmo lhe dão a tão almejada precedência, são eles os sujeitos políticos, pedagógico, dos afetos, técnico etc. Em especial, o autor se atém àquele que denominou *sujeito implicado*, o sujeito que, engajado em um projeto de mudança de certa realidade social, dá sentido a qualquer de suas ações por meio da militância política, colocando tanto seu “objeto” como a si mesmo permanentemente em análise, e disputando assim a validade/legitimidade de do saber que constrói.

Mas e se deslocarmos essa mesma análise da produção do conhecimento em saúde para a reprodução do conhecimento previamente produzido, que operamos diante do usuário, tema deste capítulo? Se o território identitário “ser profissional/educador em saúde” é claramente epistêmico em sua missão intervencionista cientificamente construída, por outro lado, oculta de si mesmo sua própria implicação. Sim, o projeto científico de objetividade/neutralidade que informa esse sujeito não deixa de operar como um ideal, um fazer agir, um agenciamento, diríamos, na perspectiva micropolítica, mesmo que perseguido com a maior responsabilidade. Colocado à frente, é justamente esse ideal de objetividade/neutralidade que norteia as ações, às vezes interdições, e que autoriza os profissionais de saúde a agirem em nome de uma vida abstrata, por vezes, voltada mais ao projeto em si do que às vidas cotidianas dos usuários que procuram cuidado, operando um saber profissional-centrado. (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY, 2002)

Afirmamos isso pensando no que acontece quando se inverte o vetor de implicação. Como exemplo, em uma de nossas pesquisas vivenciamos o que Deleuze e Guattari chamariam de “desterritorialização” a partir desse território identitário, pois a temática da educação em

saúde, ao longo de oficinas organizadas para a construção coletiva de projetos terapêuticos compartilhados, perdeu gradativamente centralidade, até desaparecer como temática nos grupos em que havia surgido, passando o usuário a ser reposicionado como interlocutor válido. (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015; DELEUZE; GUATTARI, 1995; GUATTARI, 1992) Além disso, nesse estudo também foi possível observar mudanças no modo como os usuários passaram a chegar nessas oficinas, e nas formas de contratualização que ali se davam, pois, a partir de certo momento, havia uma abertura às diferentes ofertas e às pactuações. (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015) Em outras pesquisas, temos observado movimentos semelhantes.

Portanto, em uma perspectiva de sujeito como multiplicidade, a partir de permanentes processos de subjetivação, é frágil todo território identitário que oculte os modos possíveis de se colocar como sujeito no encontro cuidador. Emerge, pois, a necessidade de um projeto ético-estético-político que norteie outro agir pedagógico em saúde. Chamamos a isso “torção”, no sentido que lhe emprestaram Deleuze e Guattari, porque, ao invés de discutir os modos de se educar o usuário, preferimos debater, neste capítulo, os lugares que se pode ocupar nessa relação, e a relevância disso na produção do cuidado em saúde.

A produção compartilhada do cuidado como possibilidade de torção pedagógica no agir em saúde

A sobrecodificação epistêmica do território existencial “ser profissional-educador em saúde” e o agir ordenado pela repetição dos conjuntos discursivos que blindam o sujeito epistêmico tendem a desqualificar qualquer possibilidade de um compartilhamento do cuidado, já que o vetor de intervenção é unívoco e unidirecional. Partimos do pressuposto de que o trabalho em saúde acontece sempre em ato, e a partir de um importante grau de autonomia do trabalhador que o executa. Esse cenário possibilita (ou não) o *encontro* que, quando *intercessor*, simplificando, quando torna diferentes a todos que dele saem, possibilita o cuidado em uma dimensão que constitui o real cenário das disputas de projetos de saúde. (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY, 2002) Quando da instauração de um processo pedagógico nesse cenário, o trabalhador em saúde, em alguma medida agenciado pelo território identitário que descrevemos acima, ou ainda desterritorializado dele, vai para o encontro cuidador com maior ou menor abertura para “a vida que vem junto com o usuário”. Pois apostamos na centralidade dessa abertura, da qual também depende a posição em que o usuário é colocado, e se coloca. (FEUERWERKER, 2011)

Portanto, aqui temos uma primeira condição para uma torção pedagógica no cuidado: sem que o usuário, seus saberes, crenças e valores, estejam posicionados de forma ativa, mediante compartilhamento do projeto terapêutico do qual não é objeto, mas sim sujeito em permanente processo de subjetivação, não se estabelecerá uma relação que possibilite a devida intensidade formativa/pedagógica.

Aliás, e é bom que se diga, o próprio encontro intercessor em saúde não acontece por si, ou por acaso,

como se fosse algo que nos arrebatava. Ao contrário, emerge muito mais como algo que se produz, que se constrói coletivamente, a depender de como estamos abertos a ele, de como vamos para esse encontro, de como nos posicionamos nele, e em que lugar são colocados os demais sujeitos que conosco o compartilham. (MERHY; FEUERWERKER, 2009) É possível contato físico com o(s) usuário(s), intervenções, etc, sem acontecer o encontro a que nos referimos. Portanto “ir aberto para o encontro”, desejá-lo e facilitar seu acontecimento, condiciona-o em primeira instância.

Em acontecendo um encontro intercessor, só então mudanças acontecem. Eis uma segunda condição de torção pedagógica no cuidado: não havendo encontro intercessor, esvaece a dimensão cuidadora e criativa, potencialmente *trans-formadora* do cuidado em saúde. Como coloca Deleuze, sem os intercessores não há criação e não há pensamento. (DELEUZE, 1992) Espaço intercessor é aquele em que cada uma das partes que se encontram, em um dado contexto, se colocam com toda sua inteireza: necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades. Aí está a potência do trabalho vivo em ato e, portanto, condição para uma torção pedagógica. É no encontro intercessor que o trabalho vivo está efetivamente em ação, que vai se dando, que vai se fazendo no próprio ato por cada trabalhador com o usuário.

Então, o espaço intercessor designa o que se produz nas relações entre sujeitos e não tem existência fora do momento do encontro em ato, no qual são os “entres” que se colocam como instituintes na busca de novos processos. O “entre” configura um espaço/produção dependente do encontro, transitório e que não pode ser reproduzido por nenhuma parte isoladamente, pois a potência do “entre” é distinta da potência de cada um. A intercessão é um produto

que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento, em processo.

Essa tem sido a nossa aposta, sustentada com base no que estamos recolhendo nas pesquisas produzidas pelo grupo *Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Na pesquisa que citamos acima, ao longo das oficinas de educação permanente em saúde em que se construíam coletivamente projetos terapêuticos compartilhados (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015), tanto as equipes como os respectivos usuários deslocaram-se do lugar que ocupavam. Em um primeiro momento, do lugar da necessidade de novas técnicas para a prescrição comportamental, mas também da necessidade de opor resistência a tais prescrições. À medida em que as discussões dos casos passam a ser reconhecidas como histórias de vida, e mediante o uso de ferramentas que facilitaram os encontros cuidadores, os trabalhadores das equipes deslocaram-se de sua missão intervencionista e passaram a trazer suas próprias vidas para os debates. Em um processo coletivo de subjetivação, também os usuários se reposicionaram no encontro.

Reconhecemos, em experiências como essa, como nos diz Merhy (2014), um deslocamento de territórios tecnológicos previamente dados (exclusividade na repetição de tecnologias duras e leve-duras) para a produção do cuidado em um encontro (operação intensiva de tecnologias leves e relacionais), surgindo nas suas transversalidades a inscrição da potência de fugas do instituído, abrindo o encontro para um acontecimento em ato, produtor de novos sentidos para as conexões existenciais de todos que aí se encontram. Foi dessa forma que na pesquisa houve desterritorializações de lado a lado, e ninguém mais falou em educação em saúde. O deslocamento atingiu em cheio o território instituído como “ser profissional de saúde-

interventor-educador”, levando os trabalhadores, em pleno encontro, a privilegiarem outras fragilidades em seu processo de trabalho, que não necessariamente a carência de novas e mais apropriadas técnicas para induzir mudanças no andar a vida dos usuários.

É como se mudassem as regras do jogo e, com isso, se abrissem novas possibilidades, e dentre elas destacamos aqui essa “torção” na dimensão pedagógica do agir em saúde, esse deslocamento intensivo para uma outra lógica de se operar o cuidado, que nos aproxima, por exemplo, da estratégia chamada *redução de danos*³. Isso porque lançar mão da estratégia da redução de danos significa dizer que não há um modelo universal, uma forma ideal, um padrão de saúde a ser alcançado. O que está em jogo em uma tal relação terapêutica, nessa produção do cuidado, é a busca de construção compartilhada de um plano de cuidado que faça sentido para o sujeito que sofre, e que abra possibilidades para sustentação, de parte dele, deste plano. Por isso, ele é construído a cada vez, renegociado a cada encontro, de forma singular, não é passível de ser transcrito para outro, reproduzido. E quanto à capacidade de sustentação do que é combinado, só é possível ser valorada se a partir da história de cada um, e do que seu desejo pode sustentar. Merhy, ao trabalhar com o tema da redução de danos, afirma:

Já havia compreendido como a redução de danos traz enormes vantagens perante a noção de abstinência na perspectiva do cuidado de alguém que usa drogas “ilícitas”,

³ A *redução de danos* busca minimizar as consequências adversas do consumo de álcool e outras drogas, do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos, sem necessariamente fazer da abstinência uma condição. A partir dos anos 1980, é introduzida de forma sistematizada em programas de saúde, inicialmente objetivando reduzir a contaminação pela hepatite B entre usuários de drogas injetáveis, e, posteriormente, a contaminação pelo HIV.

pois tendo sido um usuário intensivo de cigarro dos 8 anos aos 35 anos de idade, já tinha vivido como tomar uma certa atitude de apostar na abstinência não é tão fácil e, pior, as recaídas são quase ao infinito. Já tinha vivenciado que trocar o uso do cigarro por outros substitutos aumentava em muito minhas possibilidades, inclusive a ponto de parar de fumar de um modo definitivo.

Nessa vivência/experiência, construí, junto com as várias ofertas sobre a noção de redução de danos, a ideia de que isso implicava em apostas de novos sentidos para o meu viver, mas sempre em torno de uma troca que era claramente positiva em termos de uma certa “saudabilidade” para o meu “corpo biológico”. Ou seja, implicava em uma troca positiva, tomando como parâmetro uma certa noção de saúde como diminuição ou eliminação de situações de danos orgânicos, centralmente, com importantes efeitos emocionais e afetivos. (MERHY, 2013, p.1)

Hoje, essa estratégia é amplamente utilizada pelos trabalhadores nos Consultórios na Rua e nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, arranjos financiados pelo Ministério da Saúde voltados ao cuidado das pessoas que vivem na rua, e aos encontros cuidadores com usuários de álcool e outras drogas. O suposto é que, para a produção do cuidado, não há a priori universal para valorar práticas/ usos na construção das vidas. É fundamental interagir com os sentidos que essas práticas/usos fazem na construção concreta e singular de cada existência. Somente fazendo sentido para o outro, e sentido construído em conjunto, é que se abre a possibilidade de um campo de diálogo e negociação. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010) Pois afirmamos que, para a produção de encontros

intercessores, faz-se necessário estender essa perspectiva de reconhecimento do outro para todo o campo das práticas de saúde!

Afirmar um trabalho a partir de perspectivas como a redução de danos permite rachar a lógica assistencial-prescritiva, e reconhecer que as relações cuidadoras precedem as representações estritamente cognitivas, terreno sobre o qual costumam andar, como vimos acima, vários dos projetos mais ortodoxos de educação em saúde. A experiência com nossas pesquisas já nos indica que nem os trabalhadores nem os usuários, ao se encontrarem na dimensão cuidadora, se mantiveram no plano estrito das representações. Aprendemos o quanto é ilusório pensar que adquirir e dominar novas tecnologias leve-duras, a serem empregadas para esta ou para aquela intervenção em saúde, seja ela educativa ou não, seja suficiente. Cabe destacar que reconhecer e operar nessa outra lógica não é sinônimo de objeção a essas tecnologias em si, mas sim uma crítica ao uso delas em separado do sujeito em produção que porta um saber sobre sua vida e sua doença. E até já dissemos que “ninguém, ‘em sã consciência’, defenderia a ocultação de informações sobre saúde-doença” (SLOMP JUNIOR; FEUERWERKER; LAND, 2015, p.544), mas nos incomoda o fato de as mesmas, por vezes, presidirem a relação com o usuário.

Considerações finais

Alguns recolhimentos importantes desta reflexão ficam aqui postos, ao menos para nós mesmos autores, mas também no sentido de suscitar novas reflexões no campo da saúde.

A educação em saúde como processo político-pedagógico requer problematizações, configurando uma temática que, necessariamente, deve envolver a compreensão de alguns dos processos societários a se atualizarem no engendramento de discursos e práticas educativas no campo da saúde e, portanto, na vida como um todo. E isso antes de nos autorizarmos a propor e a opinar quanto às decisões de saúde para cuidar de si e da coletividade.

Não há gestores, trabalhadores ou usuários “prontos”, “acabados”. Assim, podemos apontar que estamos sempre em aprendizagem, mesmo quando acreditamos já contar com as tecnologias definitivas para lidar com a multiplicidade que emerge na produção do encontro em saúde. Quando da articulação de novas ferramentas para o cuidado nos novamente produzimos, a cada encontro cuidador, e não é possível trabalhar desse modo sem se colocar em análise, sem abrir espaço para ser também um coletivo em produção.

Cada um pode ser definido por inúmeros afetos e devires; quer dizer que cada um é, por si só, uma multiplicidade de acontecimentos que, por sua vez, gera efeitos no encontro com o outro. Se o devir não é atingir uma forma (identificação ou imitação), mas encontrar a zona de vizinhança, acordos, pactos, podemos ressaltar que a produção do cuidado só acontece em ato, sendo o tempo todo uma revolução molecular. Nesse sentido, abrir espaço para a diferença é fundamental. (MERHY, 2013) A

diferença é necessária na produção do cuidado, abrir-se para a diferença implica, necessariamente, em se deixar afetar pelas forças em fluxo contínuo, consiste em instaurar, encontrar ou reencontrar um máximo de conexões, pois as conexões são, precisamente, a física das relações. E aí pode estar a torção pedagógica, quando desviamos do trabalhador “prescritor da vida saudável” em nós, e permitimos que o usuário desvie do paciente “em fuga do risco de viver”.

Mas, sem dúvida, há tensões nessas relações pedagógicas entre trabalhadores da saúde e usuários; tensões que alimentam diversos e acalorados debates, o que faz com que a educação em saúde conte com uma ampla produção nos dias de hoje. No entanto, em algumas pesquisas já dissemos que, em si, esse arranjo de saber-fazer, por vezes, perde importância, e é justamente quando o cuidado usuário-centrado vem para a cena. Enfim, há de se tomar em análise as razões pelas quais o tema da educação em saúde evanesce com facilidade, em certos cenários em que o trabalhador da saúde se afeta e se deixa afetar, em que há encontro intercessor equipe-usuário.

Algumas pistas, já dadas pelas pesquisas que estamos produzindo, nos indicam que, talvez, não seja porque, quando do enfrentamento de certo risco, uma almejada mudança comportamental deixaria de ser importante, ou que tal processo pedagógico estivesse se dando de outro modo, agora mais aprimorado. Mas, justamente, porque essa problemática pode, nesses cenários, ter ganhado outro sentido, ter sido “engravada” - parafraseando Emerson Merhy - por uma dimensão cuidadora, agora no contexto de um cuidado que é coletivamente construído, e vivido por sujeitos em mútuo processo de subjetivação.

Referências

ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, mar./ago. 2004.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**, Botucatu, v.6, n.11, p.11-24, ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.55-77.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em Debate, n. 163)

DELEUZE, G. Os intercessores. In: _____. **Conversações: 1972-1990**. São Paulo: Ed. 34, 1992. p.151-68. (Coleção TRANS) Tradução de Peter Pál Pelbart.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1995. v.2. (Coleção TRANS).

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J. (Org.) **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011. p.99-113.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins. Fontes, 1999.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 20. ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.79-98.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Ed. 34, 1992 (Coleção Trans)

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-06, fev. 2005.

GOMES, L.B. MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p. 7-18, jan. 2011.

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

IRIART, C.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Global Health**, v.7, p. 2, 2011.

MERHY, E.E. **Aula proferida na linha de pesquisa micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Outubro de 2014.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. (org.) **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004. p.21-45.

_____. **Drogados e loucos, o que fazer com isso?** Uma conversa sobre “redução de danos” e produção de mais existências. 2013. Disponível em <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/>

drogados-e-loucos-o-que-fazer-com-isso-uma-conversasobre-201creducao-de-danos201de-producao-de-maisexistencias>. Acesso em: 30 jun 2015.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG E. (orgs.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. p.29-56.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; GOMES, M.P.C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B.; RAMOS, V.C. (Orgs.). **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. 2010. p.60-75.

SLOMP JUNIOR, H.; FEUERWERKER, L.C.M.; LAND, M.G.P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.537-546, fev. 2015.

STOTZ, E.N. Enfoques sobre educação em saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Orgs.) **Participação popular, educação em saúde – Teoria e Prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

_____. Enfoques sobre educação em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.46-57. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

TEDESCO, S. As práticas do dizer e os processos de subjetivação. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.10, n.2, p.357-362, 2006.

SOBRE OS AUTORES

Luciano Bezerra Gomes é médico sanitarista, Professor Assistente do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Mestre e Doutorando em Medicina pela UFRJ. Pesquisador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Pesquisador da Rede Governo Colaborativo em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço eletrônico: lucianobgomes@gmail.com

Débora Cristina Bertussi é enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina e Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Professora da Universidade São Caetano do Sul/USCS e Assessora Técnica da Secretaria de Saúde de São Bernado do Campo. Endereço eletrônico: dbertussi@gmail.com

Emerson Elias Merhy é médico sanitarista, Doutor e Livre-Docente em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, Professor Titular de Saúde Coletiva da UFRJ-Macaé, pesquisador e coordenador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Endereço eletrônico: emerson.merhy@gmail.com

Eymard Mourão Vasconcelos, mineiro com 62 anos de vida, é médico formado em 1975 pela UFMG. Desde a graduação, através do movimento estudantil, se envolveu em ações de saúde comunitária orientadas pela Educação Popular, descobrindo aí o sentido e a motivação para sua profissão. Em 1978, foi para a Paraíba para atuar no movimento social de resistência à ditadura militar e de enfrentamento da pobreza e opressão econômica. Para ser militante, envolveu-se no trabalho pastoral da Igreja Católica, na Região do Brejo Paraibano, tornou-se professor da UFPB e colaborou na implantação do primeiro programa nacional de implantação de serviços de atenção primária à saúde, o PIASS. Nesse trabalho, foi descobrindo e ganhando gosto para o desafio de apoiar a formação de profissionais interessados em atuar na saúde comunitária junto às classes populares. A partir desse desafio, escreveu vários livros como Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família, Espiritualidade no Trabalho em Saúde, Perplexidade na Universidade e Educação Popular na Formação Universitária. Orientou várias dissertações de mestrado e teses de doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPB, voltadas para esta perspectiva de trabalho. Ajudou a organizar a Rede de Educação Popular e Saúde, da qual é atualmente o coordenador. Está aposentado da UFPB, mas continua atuando em seus projetos de extensão universitária e no Grupo de Pesquisa Educação Popular em Saúde.

Endereço eletrônico: eynard.vasconcelos@gmail.com

Helvo Slomp Junior é médico, Doutor em Medicina pela UFRJ, Professor Adjunto do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, e pesquisador da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Endereço eletrônico: helvosj@gmail.com

Julio Alberto Wong Un é médico, Mestre e Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Endereço eletrônico: wongun62@yahoo.com.br

Laura Camargo Macruz Feuerwerker, médica, Mestre, Doutora e Livre-Docente em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora Associada da Faculdade de Saúde Pública. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ.

Endereço eletrônico: laura.macruz@gmail.com

Maria Paula Cerqueira Gomes é psicóloga, Professora-Associada do IPUB-UFRJ. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Doutora em Saúde Mental pelo IPUB-UFRJ. Pesquisadora da linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde - UFRJ. Coordenadora da Residência Multiprofissional de Saúde Mental IPUB/UFRJ. Endereço eletrônico: paulacerqueiraufjr@gmail.com



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Série Arte Popular, Cultura e Poesia

Série Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Série Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Série Vivências em Educação na Saúde

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



rede unida

www.redeunida.org.br