



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
LUCIANO BEZERRA GOMES

A GESTÃO DO CUIDADO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:
um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos

RIO DE JANEIRO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Luciano Bezerra Gomes

**A gestão do cuidado na educação popular em saúde: um estudo a partir da obra de
Eymard Mourão Vasconcelos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Clínica
Médica da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial a obtenção do título
de Mestre em Medicina.

Orientadores: Emerson Elias Merhy

Marcelo Gerardin Poirot Land

Rio de Janeiro

2010

Gomes, Luciano Bezerra

A gestão do cuidado na educação popular em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos / Luciano Bezerra Gomes -- Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

139 f. ; 31 cm.

Orientadores: Emerson Elias Merhy e Marcelo Gerardin Poirot Land

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Faculdade de Medicina / Pós Graduação em Clínica Médica, 2010.

Referências bibliográficas: f. 109-116

1. Educação em Saúde. 2. Participação Comunitária. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Literatura como Revisão de Assunto. 5. Clínica Médica - Tese. I. Merhy, Emerson Elias. II. Land, Marcelo Gerardin Poirot. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Clínica Médica. IV. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciano Bezerra Gomes

**A gestão do cuidado na educação popular em saúde: um estudo a partir da obra de
Eymard Mourão Vasconcelos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Medicina.

Aprovada em

Dr. Antonio José Ledo Alves da Cunha
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Universidade de São Paulo

Dr. Ricardo Burg Ceccim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que teve que trabalhar desde a infância no sertão da Paraíba e lutou a vida toda para que os filhos tivessem as oportunidades de estudo que ele não teve.

À minha mãe, que eu, ainda criança, via respeitosamente como professora dando aulas à noite, depois de passar o dia cuidando dos filhos e da casa.

Às minhas mulheres: Adriana, Clarice, Luiza e Júlia; por me darem chão.

Aos meus poetas, por me darem asas.

Aos militantes de esquerda que lutaram e ainda lutam, a cada dia e incansavelmente, para construir as possibilidades de outros mundos ainda neste.

AGRADECIMENTOS

A Adriana, por me apoiar estes anos todos.

Aos meus companheiros do Grupo Consciência Acadêmica, que desde os anos do movimento estudantil têm desempenhado papel fundamental nas relações políticas que fomos construindo. Em especial, para João, Alexandre Medeiros, Alemão, Antonio e André, pela amizade fortalecida ao longo do tempo. Comecem lendo pela epígrafe.

Aos companheiros de estrada nas experiências intensas que pude participar junto à gestão municipal em Aracaju, em especial a Leandro, Rafaela, Mônica, Kathleen, Canonici, Rogério, Ana Débora, Claudia, Aida, Rosana, Anaide, Humberto, Dudu, João, Hêider, Maria Alícia, Esteban, Fran, Felipe, Keka, Horácio, Bianca, Rubens e a todos do Coletivo Piracema e da Residência Integrada em Saúde Coletiva.

Aos companheiros da gestão estadual na Bahia de todos nós. Muitas das nossas vivências estão alimentando este professor militante. Em especial, a Hêider, Silvio, Solla, Marília, Leandro, Ricardo, Alexandre, Carol, Amanda, Keka, Érica, Ivone, Mille, Alessandra, Analú, Célia, Régis, e todos os técnicos da Diretoria de Atenção Básica que estão construindo outro sentido para a vida das pessoas por lá.

À Universidade Federal da Paraíba e à Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, que estão me permitindo participar da construção coletiva de novas relações entre a escola e os serviços de saúde no município de João Pessoa. Também, por viabilizar minha integralização dos estudos para concluir este mestrado. Em especial, às pessoas que estão à frente da gestão dos cursos de medicina onde atuo: agradeço a Marco Antonio Barros, Severino Lima e meus colegas de departamento, na UFPB; agradeço a José Luiz, Emília Perez e meus colegas do internato, na FCM-PB.

A Eymard Mourão Vasconcelos, pelos anos de convivência estimulante e de parceria respeitosa.

A Jairnilson Silva Paim, que me apoiou neste e em vários percursos nos últimos anos.

À Coordenação da Pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ, em especial a Teresa Gouda, por estar sempre à disposição para ajudar este retirante nordestino em terras cariocas.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade em contribuir para a melhoria deste trabalho. Em especial, a Ricardo Ceccim, por ter concordado em participar da banca, mesmo em um período de atividades extremamente conturbado.

A Marcelo Land, por viabilizar nossos vãos institucionais na UFRJ, e provocar sempre mobilizações quando conversamos.

A todos os companheiros da linha de pesquisa da UFRJ, pelas contribuições inestimáveis para o desenvolvimento deste estudo, bem como por ajudar a oxigenar a vida. Em especial, para Laura, Paula, Tulio, Ricardo e Paulo, que mais que ajudado no pensamento desta pesquisa, têm me apontado caminhos para me reposicionar enquanto sujeito político na produção acadêmica.

A Felipe, Francini, Elis e Márcio, minha “família carioca”, por ter me acolhido todos estes anos e me dado suporte e carinho quando precisei de calor humano. Sem vocês, eu não teria conseguido chegar até aqui.

Por fim, a Emerson Merhy, por ser quem ele é para mim.

“Há homens que lutam um dia, e são bons; há homens que lutam por um ano, e são melhores; há homens que lutam por vários anos, e são muito bons; há outros que lutam durante toda a vida, esses são imprescindíveis.”

Bertolt Brecht (1898-1956)

RESUMO

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

Estudo sobre as formulações relativas à gestão do cuidado presentes em autores da educação popular em saúde, tomando como referência prioritária a obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Caracteriza-se como pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico, em que foram utilizados métodos de revisão sistemática de literatura, associados a pesquisa bibliográfica da produção de Eymard Vasconcelos publicada entre os anos de 1994 e 2009. Para tratamento do material, foram utilizados referenciais teóricos da hermenêutica filosófica e de outras perspectivas teóricas de interpretação textual. Os resultados são expostos, inicialmente, em uma seção onde é realizada uma apresentação do processo de constituição da educação popular em saúde, a partir de suas relações com movimentos sociais e reflexões acadêmicas. Em seguida, são sistematizadas as formulações de Eymard Vasconcelos sobre o cuidado em saúde e suas proposições para realizar a gestão do cuidado, promovendo exposição das bases epistemológicas de sua produção e realizando debate com autores de outras perspectivas teóricas que compartilham o mesmo campo de problematizações. As reflexões deste autor e os respectivos debates foram agrupados em sessões, de acordo com as categorias analíticas utilizadas para agregar as formulações, que foram as seguintes: educação popular e o cuidado em saúde; 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. Foram identificados diversos pontos de convergência entre as concepções de Eymard Vasconcelos sobre o cuidado e outros autores que debatem a gestão do cuidado em saúde, apontando a necessidade de ampliação das possibilidades de interlocução entre eles; ao mesmo tempo, foram delimitados pontos de discordância, principalmente, em relação à concepção de sujeito/subjetividade e às possibilidades de intervenção democrática a partir do Estado. Encerra-se a dissertação com algumas reflexões sobre desafios postos aos autores que produzem o debate sobre o cuidado em saúde a partir desta relevante matriz teórica.

Palavras-chaves: Educação em Saúde; Educação Popular em Saúde; Gestão do Cuidado; Participação Comunitária; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Gomes, Luciano Bezerra. **The management of care in popular health education: a study from the work of Eymard Eymard Mourão Vasconcelos**. Rio de Janeiro, 2010. Dissertation (Medical Clinic) – Medical School, Federal University of Rio de Janeiro, 2010.

Study about the formulations of management of care in the authors of the popular health education, with priority reference to the works of Eymard Mourão Vasconcelos. Characterized as a qualitative research, exploratory and analytical character, in which methods were used for systematic review of literature associated with bibliographic production of Eymard Vasconcelos published between the years 1994 and 2009. For treatment of the material were used theoretical framework of philosophical hermeneutics and other theoretical perspectives of textual interpretation. The results are displayed initially in a section where is made a presentation about the constitution of popular health education, from their relations with social movements and academic reflection. Then, the formulations are systematized of Eymard Vasconcelos on the health care and its propositions to perform care management, promoting exposure of the epistemological foundations of their production and holding discussions with authors of other theoretical perspectives that share the same field of concerns. The reflections of the author and their discussions were grouped into sections according to the analytical categories used to aggregate the formulations, which were as follows: popular education and healthcare; power relations and popular education; criticism of biomedicine; critical rationalism and the conception of subjectivity and spirituality; individual care; the approach to the family; analysis of the family health program; management of teamwork ; views on the management of health and the State; paths and challenges for popular health education. Were identified several points of convergence

between the concepts of Eymard Vasconcelos on the care and other authors who discuss the management of health care, pointing to the need to expand the possibilities of dialogue between them; at the same time, were marked points of disagreement, especially regarding the concept of subject / subjectivity and the possibilities of democratic intervention from the State. Closes the essay with some reflections on challenges faced by authors who make the debate about health care from this important theoretical framework.

Keywords: Health Education; Popular Health Education; Care Management; Consumer Participation; Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 ENTRE JUSTIFICATIVA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
1.2 ALGUMAS OPÇÕES METODOLÓGICAS	20
2 DESENVOLVIMENTO	26
2.1 COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	26
2.1.1 A educação popular em saúde no Brasil: entre movimento social e ferramenta metodológica	26
2.1.2 Contribuições da educação popular para a educação em saúde	31
2.1.3 A educação popular em saúde ajudando a compreender e lidar com as iniciativas autônomas da população: as redes de apoio social no território	35
2.1.4 Para fazer avançar a educação popular nos serviços de saúde	39
2.2 A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA OBRA DE EYMARD MOURÃO VASCONCELOS	40
2.2.1 Educação popular e o cuidado em saúde	44
2.2.1.1 Uma nova educação popular em saúde	48
2.2.1.2 Organizando o serviço segundo o cuidado na lógica da educação popular em saúde	50
2.2.1.3 Os limites do cuidado	53
2.2.2 Relações de poder e educação popular	54
2.2.2.1 Sobre o conceito de classes populares	59
2.2.3 Críticas à biomedicina	62
2.2.4 Críticas ao racionalismo e concepção de subjetividade e espiritualidade	65

2.2.4.1 A subjetividade dos usuários como potência para o trabalho em saúde	70
2.2.4.2 Sobre a espiritualidade no trabalho em saúde	72
2.2.5 O atendimento individual	74
2.2.6 A abordagem à família	79
2.2.7 Análise do Programa Saúde da Família	85
2.2.8 Gestão do trabalho em equipe	89
2.2.9 Concepções sobre a gestão da saúde e o Estado	97
2.2.10 Caminhos e desafios para a educação popular em saúde	100
3 CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A: ARTIGO ORIUNDO DA PESQUISA DE MESTRADO SUBMETIDO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, DA FIOCRUZ	117
ANEXO A – COMPROVAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	139

1 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; GUATARI, 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 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, delimitei 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,

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 dissertação, resolvi utilizá-lo, pois serve ao intuito que se pretende no texto.

aprofundei-me na obra de um de seus maiores expoentes: Eymard Mourão Vasconcelos. Para apresentar uma visão panorâmica da dissertação, passo à descrição sucinta de cada uma das seções que a compõem.

Ainda nesta introdução, na seção 1.1, 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 dissertação. Na seção 1.2, 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 (seção 2), o texto foi desdobrado em duas seções secundárias. Na seção 2.1, 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 seção 2.2, a maior delas, são desenvolvidas as reflexões realizadas a partir do mergulho mais aprofundado na obra de Eymard Vasconcelos.

Por fim, na conclusão (seção 3), realizo algumas considerações que apontam para o final desta pesquisa, abrindo para novas possibilidades de diálogos.

1.1 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 (CAMPOS, 2006; FEUERWERKER, 2005; MERHY, 1992; PAIM, 2008; SILVA JR, 1998; TEIXEIRA, 2000). 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 (CAMPOS, 2003; CECCIM; FERLA, 2006; FEUERWERKER, 2005; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; MERHY, 2003, 2007a).

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 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

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.

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.

1.2 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.

Os artigos inicialmente identificados tiveram seus títulos, autores e resumos lidos e os que poderiam apresentar relação com o objetivo deste levantamento bibliográfico preliminar 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, realizou-se uma leitura seletiva e posterior leitura analítica dos artigos mais relevantes. Através destes últimos, também identifiquei livros e capítulos de livros que eram citados com mais relevância, os quais passaram por etapas semelhantes de leituras exploratória, seletiva e analítica (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 preconceções. 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, p. 221-222, grifos da autora), 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.

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. Por fim, concluindo a dissertação, resgato alguns elementos analisados em momentos diferentes do texto, com a intenção de produzir algumas sínteses e apontar possibilidades de diálogos futuros.

2 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 seção 2.1, 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 2.2, apresento as análises realizadas a partir da leitura da obra de Eymard Mourão Vasconcelos.

2.1 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.

2.1.1 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 (ELIAS, 1999; MERHY, 2002a).

A Constituição Federal de 1988 ampliou as atribuições do Estado para com a saúde, afirmando no seu artigo de número 196 que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000, p. 115).

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 (2005, p. 53):

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.

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).

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 (FREIRE, 1996; VASCONCELOS, 2004).

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 éticopolítico os interesses das classes populares, cada vez mais heterogêneas, considerando os movimentos sociais locais como seus interlocutores preferenciais (VASCONCELOS, 1997, 1998).

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).

2.1.2 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, 2004, 2008).

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 (LACERDA; VALLA, 2005a; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

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).

2.1.3 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 (LACERDA; VALLA, 2005b; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006). 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, os profissionais de saúde precisam reconhecer que, diante da dificuldade de se lidar com situações de sofrimento difuso, “a crise de interpretação é nossa” (VALLA *apud* LACERDA; VALLA, 2005a). 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 (LACERDA; VALLA, 2005a, 2006; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; VASCONCELOS, 2008).

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 (DELEUZE, 1992; FOUCAULT, 2004a), 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., 2006, 2007; LACERDA; VALLA, GUIMARÃES, 2005; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006; VASCONCELOS, 2006a). 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 (LACERDA; VALLA, 2005a; VALLA, 1999; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

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, 2005a, 2006).

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 (LACERDA; VALLA, 2005a; VALLA, 1999; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

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).

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.

2.1.4 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).

2.2 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 ele escreve, fica explícita sua vinculação política com os interesses do que ele, na maior parte das vezes, 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 eticopolítico, 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 indiferenciadamente.

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.

2.2.1 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. Sua concepção de cuidado vai sendo forjada na lida intensa e comprometida com as situações vivenciadas junto às classes populares. Eymard identifica 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).

Neste pequeno trecho, há 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 identifica 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 defende 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). Antes de uma construção disciplinar da ciência que eventualmente venha a embasar determinada prática técnica, é um compromisso eticopolítico 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 corresponsabilizando 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 vêem essencialmente **CARÊNCIA**” (VASCONCELOS, 2008, p. 109, grifo do autor). Acredita que precisamos aprender também com as suas potências, as intensidades presentes nas suas vidas. Destaca a necessidade de se compreender e valorizar 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 de saúde e população, este autor propõe 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 ele ocorria nas suas primeiras experiências, durante os anos de repressão política das ditaduras militares na América Latina. Propõe uma educação popular em saúde que se insira dinamicamente no momento atual.

2.2.1.1 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 de um método voltado para o ensino, aprendizagem e comunicação, ele considera a educação popular como adequada 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).

Recentemente, ele vem enfatizando que a educação popular precisa agregar, em seu instrumental metodológico e em suas temáticas, novas dimensões. Acredita 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 considera que o investimento em dimensões culturais e subjetivas – embora boa parte dos profissionais e gestores não considerarem estes aspectos 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 nessa dissertação.

2.2.1.2 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.

Uma das maneiras de lidar com esta complementaridade 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 defende o vínculo como central para a produção do cuidado. E para além do vínculo burocrático entre equipe e usuários, defende uma relação intensa de interação com o outro. Acredita no poder de um envolvimento amoroso entre trabalhador e usuários que permita a comunicação entre eles, considerando que as diretrizes da responsabilização, vínculo e a produção de relações de alteridade com usuários é terapêutica também para os profissionais (VASCONCELOS, 2006a, 2006b). Ele defende 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.

Entretanto, 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), que defende que os serviços de saúde se organizem segundo as necessidades de saúde dos usuários.

Eduardo Stotz, em sua tese de doutorado, em que realiza amplo debate sobre 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 individuais, exigindo sua atenção em nível individual; sendo assim, é necessário trabalhar os valores subjetivos e individuais; 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 (CECILIO, 2001; STOTZ *apud* CECILIO; MATSUMOTO, 2006).

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 de saúde no seu cotidiano. Este autor propõe, então, uma taxonomia que as organiza 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, 2001; CECILIO; MATSUMOTO, 2006). 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 propõem 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.

2.2.1.3 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. Afirma 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 tenha 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.

2.2.2 Relações de poder e educação popular

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, do que afirmava Maria Cecilia 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 nas produções 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 (FOUCAULT, 2004a; MACHADO, 2006).

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 reconhecer 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 trabalhá-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 fazer, 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 (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, em especial quando se dirigem aos profissionais de nível superior, 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). Esta sua perspectiva, aproxima-se da concepção que nos apresenta Foucault (2004b, p. 10), quando afirma 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 colocar atentos para compreender 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 sua 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 pauta a reflexão sobre as relações que estabelecemos com as lutas populares, que não deixa de ser um outro âmbito, mais coletivo, de se pensar o cuidado. Ele defende que os processos coletivos desencadeados possam 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, 1997, 2009).

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 despendida 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 aos trabalhadores da saúde. 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 dos trabalhadores em relação à vida dos pobres. O trabalhador tende a se fechar, desenvolvendo atitudes formais e distantes como estratégia de autoproteção. Desviam 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 afetos dos profissionais. 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).

2.2.2.1 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 eticopolítico 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, 1996, 1997, 2001, 2006b, 2008, 2009). 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, 2001, 2005). 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 nesta dissertação, para preservar o contexto teórico das concepções que são desenvolvidas pelo autor em estudo.

2.2.3 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 conseqüentemente desvalorizem o saber produzido localmente pelas comunidades e pelos colegas. O saber presente nas tradições passa a ser visto apenas como curiosidade. É ainda preciso de profissionais competitivos e, conseqüentemente, individualistas, pois a concorrência é consagrada como o grande instrumento de garantia da eficiência. Tudo isto resulta em trabalhadores habilidosos em tratar doenças orgânicas, mas que não 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 concorda 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 reconhecer 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 em relação à 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 se 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, 1998, 2000) de se organizar o trabalho em saúde sugerindo novos arranjos organizacionais, baseados na co-gestão 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 enfatiza a necessidade de 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, 2002, 2003).

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, científicista, 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, 2006a, 2008).

2.2.4 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, p. 100-101, grifos do autor):

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 diafania 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.

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 transcendentos”. 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.

2.2.4.1 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 resignificar 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 (DELEUZE; GUATTARI, 1997; GUATTARI; ROLNIK, 2005).

2.2.4.2 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. Precisariamos, 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 assumam 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).

2.2.5 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. 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 ele, 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 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 de conhecimento 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, 1997, 2006a, 2006b).

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. 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 na produção 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 simultâneos no ato do trabalho vivo (MERHY, 1997, 2002c).

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 específicas, tendo o saber médico como central, empobrecendo os núcleos profissionais 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, tem 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 reconhecer 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 de diálogo seriam essenciais para que os profissionais construíssem, em parceria com os usuários, intervenções a partir de seus conhecimentos biológicos e sociais mediados pelos conhecimentos 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, 1997, 1998).

Luis Carvalho reconhece 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 que há diferentes planos de cuidado sendo disputados entre eles. Entretanto, disputa, para ele, não representa, necessariamente, conflito num sentido destrutivo, podendo ser algo positivo, desde que adequadamente trabalhado 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 disputas 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: a identificação dos problemas e a construção das alternativas são realizadas individualmente, os usuários teriam assim maiores dificuldades em reconhecer 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.

2.2.6 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 no seu cuidado (VASCONCELOS, 1996).

Um ponto central é o conceito de família com que se trabalha, sendo importante entender família como um conceito em constante transformação. Eymard 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 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 família está se estruturando. Para além da estrutura, reconhecer os fluxos contínuos de constituição e transformação das relações entre os membros das famílias. 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, na atenção à saúde da família, muitas vezes, o momento em que um membro da família melhora é justamente quando o outro descompensa. O sintoma circula e o cuidado à família 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 membros de sua família. Elas também têm papel importante na manutenção de redes de apoio social entre o conjunto dos membros das comunidades (DIAS, 1991; VASCONCELOS, 1996).

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 inerente às famílias. 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 parte das limitações dos atendimentos individuais. Entretanto, 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 estanques, a dinâmica familiar e as redes sociais de apoios a que ela se articula é que conseguem ser preditoras do maior ou menor risco 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 de risco, seus problemas são tão profundos que não podem ser curados, mesmo assim, eles sempre podem ser cuidados. Para trabalhar com tais pessoas, além de atendimentos individuais e familiares no consultório, seria importante o acompanhamento sistemático com visitas domiciliares (VASCONCELOS, 1998, 2008).

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 pela maioria dos trabalhadores. Eymard enfatiza a necessidade de se abordar de maneira ampla a dinâmica familiar, considerando isto fundamental para se produzir um cuidado mais adequado e eficiente. Para ele, ao invés de enfatizar a 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 um efeito grande 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 de das três dimensões já descritas anteriormente nesta dissertação, quais sejam a “dimensão profissional”, a “dimensão organizacional” e a “dimensão sistêmica”. Em outra produção, 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 estas cinco dimensões como imanentes entre si, nenhuma sendo mais importante que a outra (CECILIO, 2009b).

Estas duas 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.

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

2.2.7 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 dissertação, 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 (PSF³), tendo como 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

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.

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 construir 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, 1997, 2008).

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

4 O conceito de “agenda de Ong” foi formulado 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.

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 desempenhado relevante papel na lógica do biopoder, do controle e da produção de devires identitários (HARDT; NEGRI, 2001, 2005). 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.

2.2.8 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 vejas 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, 1999; 2000; 2002). 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 (CUNHA, 2005; VASCONCELOS, 2008).

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, 2002c, 2007b).

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, 2000, 2002).

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 (CAMPOS, 2000, 2002; CECILIO, 2005). 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 constroem 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).

2.2.9 Concepções sobre a gestão da saúde e o Estado

Um aspecto relevante e fundamental, embora 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 respeitosamente 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 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 (CAMPOS, 2000, 2002; MERHY, 2003).

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, do 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 encontre. 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.

2.2.10 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 esta dissertação, 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.

3 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 construírem 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 essa dissertação: 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** – Comunicação, Saúde, Educação, 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. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

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

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.

BRECHT, B. **Os que lutam**. Disponível em: <http://pt.wikiquote.org/wiki/Bertolt_Brecht>. Acesso em 30 de abril de 2010.

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

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

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. 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)

_____. 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)

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

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

_____. 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)

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

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

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: 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; 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.

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.

CECILIO, L. C. O. 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.

_____. 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.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2): p. 508-516, mar.-abr., 2005.

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

_____. **“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**. 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**. Volume 2. Rio de Janeiro: ed. 34, 1997.

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, Umberto. **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: Educs, 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. **Cad. 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 do oprimido**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

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

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

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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**. Tradução de Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas, SP: Papirus, 1990.

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. 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.

_____; _____. 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.

_____; _____. 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.

_____. et al. 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, 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.

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

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

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. **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.

_____. 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).

_____. 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).

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

_____. 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.

_____. 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)

_____. **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.

_____: **Ações políticas para...** Oficina realizada no 8º Congresso da Rede Unida. Salvador: 2009b. Anotações nossas.

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

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

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

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 Giles 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.

SADER, E. **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/1; 2000, p.261-281.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. 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. 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.

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

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

_____. 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)

_____. 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.

_____. 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)

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

_____. 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.

APÊNDICE A: ARTIGO ORIUNDO DA PESQUISA DE MESTRADO SUBMETIDO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, DA FIOCRUZ

Título: Educação Popular em Saúde: entre movimento social e ferramenta metodológica – um estudo de revisão da literatura brasileira

Título em inglês: Popular Health Education: between social movement and methodological tool – a review study of brasilian literature

Título corrido: Educação Popular em Saúde: entre movimento social e ferramenta

Autores:

Luciano Bezerra Gomes: Participou da concepção do projeto, realizou a pesquisa em bases de dados e sua análise, elaborou a redação final do artigo.

Emerson Elias Merhy: Participou da concepção do projeto, orientou a pesquisa em bases de dados e sua análise, revisou e orientou a redação final do artigo.

Agradecimentos: os autores gostariam de agradecer a todos os integrantes da linha de pesquisa Micropolítica do Cuidado e o Trabalho em Saúde, da Pós-graduação em Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da UFRJ, pelas contribuições inestimáveis nos debates realizados ao longo da elaboração desta pesquisa.

Resumo: O artigo promove uma revisão sobre a produção acadêmica na perspectiva da educação popular em saúde, matriz teórica que agrega conjunto relevante de pesquisadores e militantes políticos na saúde coletiva brasileira. Caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico. A partir de pesquisa bibliográfica no Scielo e em livros e capítulos de livros, elaboramos uma sistematização da produção da educação popular em saúde, apresentando um resgate do processo histórico de constituição da educação popular em saúde como fruto da atuação de diversos movimentos sociais, 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.

Palavras-chaves: Educação em Saúde; Participação Comunitária; Pesquisa Qualitativa.

Abstract: The article promotes a review of academic literature in the perspective of popular health education, theoretical matrix that aggregates relevant set of researchers and political activists in public health in Brazil. Characterized as a qualitative research, exploratory and analytical character. We made a bibliographic research in the Scielo literature and books and book chapters, by wich we developed asystematization of the production of the popular health education, presenting a rescue of the historical process of formation of popular health education as a result of the work of diverse social movements, a description of general characteristics of popular education in health, their great scores, how the authors of this perspective understand the educational activities of health services with the population, their criticisms and disputes with the hegemonic mode of organizing the education and health care, and some contributions that add to those who wish to follow its precepts and bases.

Keywords: Health Education; Consumer Participation; Qualitative Research.

Educação Popular em Saúde: entre movimento social e ferramenta metodológica – um estudo de revisão da literatura brasileira

O campo da saúde no Brasil constituiu-se como um terreno de intensos debates quando toma por foco a organização das políticas públicas para esta área. São muitos os sujeitos políticos 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 “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. De certo modo, assumidas como perspectivas teóricas, as distintas formulações políticas 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 estou entrando e com quem as estou travando. Desta forma, 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^{1,2}.

É dentro destas perspectivas que desenvolvemos uma pesquisa, como parte do mestrado de um de seus autores junto à Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O presente artigo é parte desta pesquisa, e teve o papel, nela, de delimitar melhor o campo de produção da matriz teórica da educação popular em saúde, vista como fruto de refinamento de formulações teóricas da educação aplicadas à saúde e, principalmente, como ferramenta para a luta social de diversos sujeitos articulados em vários movimentos sociais, disputando os rumos das políticas sociais no Brasil e na América Latina.

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 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 nos leva a estudar esta corrente de pensamento se dá pelo fato de que muitas das formulações desenvolvidas neste campo de produção têm sido agregadas em diversas experiências onde se tenta implementar o 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 Deleuze³, para quem só escrevemos algo porque nos é necessário, de certa forma, com este estudo, dialogamos com algumas das vivências em que participamos. Nas várias inserções como profissionais e militantes da saúde, 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.

1. Algumas opções metodológicas

Este estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa de natureza qualitativa, de nível exploratório e de caráter analítico. Segundo Gil⁴ (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”⁵ (p. 12).

Para a realização desta pesquisa, inicialmente realizamos um levantamento bibliográfico preliminar, onde tentamos identificar as características gerais da educação popular em saúde. Para tanto, fizemos revisão de artigos publicados em revistas indexadas e disponíveis na página virtual da base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para a identificação do material, realizamos 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.

Os artigos inicialmente identificados tiveram seus títulos, autores e resumos lidos e os que poderiam apresentar relação com o objetivo deste levantamento bibliográfico preliminar 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, realizamos uma leitura seletiva e posterior leitura analítica dos artigos mais relevantes.

Através destes artigos, foram identificados livros e capítulos de livros que eram citados com mais relevância, e que levaram a uma segunda seleção de materiais os quais passaram 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 artigo⁶.

Para realização da leitura analítica e interpretativa, utilizamos 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 preconceções. 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 aplicado⁷.

Em texto onde analisa o debate que se trava entre Habermas e Gadamer, Minayo⁸ (p. 221-222, grifos da autora), retoma os pressupostos metodológicos da hermenêutica para as ciências sociais, quais seriam:

a) 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.

Tentamos tomar estes passos como referência no trabalho com o material bibliográfico neste estudo. Também, consideramos algumas sugestões metodológicas propostas por Umberto Eco⁹, 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.

A partir desta pesquisa bibliográfica, elaboramos uma sistematização da produção da educação popular em saúde, apresentando um resgate do processo histórico de constituição da educação popular em saúde como fruto da atuação de diversos movimentos sociais, 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.

2. Compreendendo a Educação Popular em Saúde

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 próprias¹⁰.

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 práticas 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 populares¹¹.

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 saúde¹².

O processo de reforma sanitária se dá 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, realiza-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, cria-se, em 1987, o Sistema Único 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^{13, 14}.

A Constituição Federal de 1988 amplia as atribuições do Estado para com a saúde, afirmando no seu artigo de número 196¹⁵ (p. 115) que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com ela, é criado o Sistema Único de Saúde, o qual foi regulamentado com a Lei federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que definia como alguns dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade; integralidade; equidade; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; 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 e leis, das normas operacionais básicas e de assistência à saúde¹⁴.

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 articulação 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-Un¹⁶ (p. 53):

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.

No ano de 2003, com o auxílio do Ministério da Saúde no primeiro ano do governo Lula, 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, 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 ANEPS¹⁷.

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^{18, 19}.

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 os 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-las¹¹.

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. A educação popular faz 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^{20, 19}.

A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas

práticas, dialogando com o saber popular¹⁸. 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 reciprocamente¹¹. Segundo diversos autores, esta proposta torna-se cada vez mais necessária, à medida que foi 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 tem como balizador éticopolítico os interesses das classes populares, cada vez mais heterogêneas, considerando os movimentos sociais locais como seus interlocutores preferenciais²¹.

A educação popular em saúde busca 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 alguns autores, ela representa um modo brasileiro de se fazer promoção da saúde¹⁹.

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 população¹².

2.2. *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 saúde¹².

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 vida¹⁸. 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^{19, 12}.

Para Valla, Guimarães e Lacerda²², 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 integrals. 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^{22, 23}.

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 técnica¹¹.

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 isto²⁴. Além de seu caráter terapêutico, segundo Celerino Carriconde²⁵, 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. A este conjunto de valores, acrescentamos 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 população²⁶.

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 enfatizados¹¹.

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. Um exemplo 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. 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 atividades¹¹. 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 sociais²³.

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 trouxeram¹¹.

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 perspectiva 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 tecnicocientífico¹⁸.

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 mutirões¹¹. 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 autonomamente²⁷.

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 trabalhadoras¹¹.

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 o seu adequado funcionamento. A relação com estas lideranças deveria ser respeitosa, ao mesmo tempo em que se deveria 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 privatistas¹¹.

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 populações¹¹. 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 relevante 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 etc. 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 atua²⁴. 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 saúde¹⁸.

2.3. *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^{22, 28}. 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 apresentam²³.

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”²⁹ (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 (apud²³), 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 como centro do processo de trabalho, e não a vida dos sujeitos, estaríamos construindo modos de operar o trabalho em saúde que se desconectam da realidade vivida pelas classes populares^{23, 22, 12}.

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 disciplinarização³⁰ e controle³¹, em algumas 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^{22, 32, 33, 29, 34}. Lacerda, Valla e Guimarães³² 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^{11, 32}.

Lacerda e Valla²⁸ 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^{23, 22}. 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^{27, 22}.

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 uma 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^{23, 35}.

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^{27, 23, 22}.

Sendo assim, a relação profissional de saúde-usuário poderia ser compreendida como produtora de apoio social, seja como apoio informativo ou apoio emocional²³. 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 ato³⁶. Tratar-se-ia de permitir que os afetos e afetações desencadeadas na relação fizessem parte e orientassem as condutas do profissional de saúde²³.

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 doenças²⁹. 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 Valla²⁸, 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.

3. Para fazer avançar a educação popular nos serviços de saúde

Os próprios autores que produzem na perspectiva da educação popular em saúde reconhecem que há muitos avanços na perspectiva dela 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 mais do que apenas alguns trabalhadores desempenhando este papel¹⁹. 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 finalidade¹⁸. 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 formações¹⁹.

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 destes¹⁸. Diante destas situações, seria importante construir estratégias de disputa dos distintos projetos políticos junto à sociedade. Tal caminho se tornaria mais difícil, entretanto, quando encontramos os trabalhadores com vínculos empregatícios precários, situação ainda extremamente comum em diversas localidades, por fragilizar estes atores diante dos que ocupam posição de governo.

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 sociais¹². 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 governo¹⁹.

Referências

1. Merhy EE. 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. 221 p. (Saúde em Debate, 50).
2. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Volume 2. Rio de Janeiro: Editora 34; 1997.
3. O Abecedário De Gilles Deleuze. Entrevista concedida por Giles 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.
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
5. Marconi MA, Lakatos, EM. 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.
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
7. Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: Denzin N, Lincoln Y. O Planejamento da Pesquisa Qualitativa - teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Bookman; 2006. p. 193-218.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO; 1996.
9. Eco U. Como se faz uma tese. 17 ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.
10. Vasconcelos EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos, E. M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 73-100.

11. Vasconcelos EM. Educação Popular nos Serviços de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. 167 p.
12. Vasconcelos EM. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 334 p.
13. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 197-228. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).
14. Elias PEM. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PEM. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 3ª ed. rev. amp. São Paulo: Cortez, CEDEC; 1999. p. 59-119.
15. Brasil. Constituição 1998: texto Constitucional de 5 de outubro de 1998, 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, 393 p.
16. Stotz EM, David HSL, Wong-Un JA. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. Revista de APS. 2005; 8(1):49-60.
17. Pedrosa JIS. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: : Ministério da Saúde. (Org.). Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p.13-17.
18. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2004 mar./ago; 8(15):259-74.
19. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14(1): 67- 83.
20. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996. (Coleção leitura)
21. Vasconcelos EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. Cadernos de Saúde Pública. 1998; 14(Sup. 2):39-57.
22. Valla VV, Guimarães MB, Lacerda A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 103-117.

23. Lacerda A, Valla VV. Um olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2005. p. 279-92.
24. Machado F RS, Pinheiro R, Guizardi FL. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 Ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 75-90.
25. Carriconde C. Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de APS. Olinda-PE: Centro Nordestino de Medicina Popular; 2002. 102 p.
26. Medeiros LCM, Cabral IE. O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2001 jan.; 9(1):18-26.
27. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15(Sup. 2):7-14.
28. Lacerda A, Valla VV. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2005. p. 169-96.
29. Lacerda A, et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2007. p. 249-62.
30. Foucault M. Microfísica do Poder. 20 ed. Roberto Machado, organização e tradução. Rio de Janeiro: Edições GRAAL; 2004.
31. Deleuze G. Conversações, 1972-1990. Peter Pál Pelbart, Tradução. São Paulo: ed. 34; 1992. 232 p. (Coleção TRANS)
32. Lacerda A, Valla VV, Guimarães MB. A qualidade do cuidado na convivência com os pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2005. p. 267-78.
33. Lacerda A, et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Gestão em redes: práticas de

- avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 445-58.
34. Vasconcelos EM. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos EM. (Org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 13-157.
35. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 91-102.
36. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 71-112. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).

**ANEXO A – MENSAGEM DE COMPROVAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO À
REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**

De: Cadernos de Saude Publica <cadernos@ensp.fiocruz.br>

Para: lucianobgomes@gmail.com

Data: 24 de abril de 2010 07:22

Assunto: Novo artigo (CSP_0418/10)

Prezado(a) Dr(a). Luciano Bezerra Gomes:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Educação Popular em Saúde: entre movimento social e ferramenta metodológica – um estudo de revisão da literatura brasileira" (CSP_0418/10) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.

Prof. Mario Vianna Vettore

Editores



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)