

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

**GRUPO DE MULHERES: SISTEMATIZANDO UMA PRÁTICA
EMANCIPATÓRIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**RIO DE JANEIRO
2008**

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

**GRUPO DE MULHERES: SISTEMATIZANDO UMA PRÁTICA
EMANCIPATÓRIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. VICTOR VINCENT VALLA

**Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. HELENA MARIA
SCHERLOWSKI LEAL DAVID**

Rio de Janeiro

2008

Brant, Adriana

Grupo de mulheres: sistematizando uma prática emancipatória de educação e saúde/ Adriana Maria Brant Ribeiro Machado. – Rio de Janeiro: UFF/ Faculdade de Educação, 2008.

xi, 206 f. : il. ; 31 cm

Orientadores: Victor Vincent Valla e Helena Maria Scherlowski Leal David

Tese (doutorado) -- UFF, Centro de Estudos Sociais, Programa de Pós-graduação em Educação, 2008.

Referências bibliográficas: f. 108-114

1. Educação e saúde. 2. Educação popular. 3. Apoio Social. 4. Atenção Básica. 5. SUS. 6. Grupo de mulheres. 7. Promoção da Saúde. - Tese. I.Valla, Victor Vincent. II. Universidade Federal Fluminense, Centro de Estudos Sociais, Programa de Pós-graduação em Educação. IV. Título.

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

GRUPO DE MULHERES: SISTEMATIZANDO UMA PRÁTICA EMANCIPATÓRIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor.

Aprovada 18 de julho de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Presidente, Prof. Dr. VICTOR VINCENT VALLA – Orientador

UFF

Prof^a. Dr^a. HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID - Co-orientadora

UERJ

Prof. Dr. JULIO ALBERTO WONG-UN

UFF

Prof^a. Dr^a. ELAINE REIS BRANDÃO

UFRJ

Prof^a. Dr^a. ROSÂNGELA MINARDI MITRE COTTA

UFV

Rio de Janeiro
2008

Dedico essa tese

à Claudia Orthof, médica e parteira, terapeuta e amiga, pessoa simples e alegre e cuidadora exemplar. Sua disposição ao outro, sua capacidade de cuidar e de contemplar o *ser* cuidado em todas as suas dimensões produziram em mim emoções, sentimentos, aprendizados, pensamentos e idéias. Dessas idéias, surgiu esta tese de doutorado.

às minhas queridas filhas Ana e Maria Clara,
pedindo que continuem me ensinando a aprender;

ao meu querido Rodrigo,
amor que cresce e me abastece diariamente, fonte de inspiração, que com sua integridade, sensibilidade e seu companheirismo, me ajudou a concluir, com mais poesia, este trabalho;

às mulheres do Grupo Sol, com quem, no cotidiano da favela de Vila Canoas, compartilhei muito mais do que a vivência com um grupo de mulheres, mas a experiência profunda de viver e morrer... e me transformar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas com quem convivi ao longo dessa trajetória que, de alguma forma, contribuíram para o meu pensar e o meu fazer na direção desse trabalho.

À Victoria Brant, com quem venho trocando, além do amor, saberes tradicionais e conhecimentos científicos, pela paciência, pelos ensinamentos, pela orientação e apoio na minha vida acadêmica, pelo suporte afetivo e material nestes meus quarenta e quatro anos de vida e pelas valiosas contribuições para a finalização desse trabalho;

ao Rodrigo Lessa, pela cumplicidade, pelo carinho e por estar sempre disposto a ajudar, em todos os momentos possíveis;

ao Prof. Victor Valla, mais do que orientador, querido amigo e principal cúmplice dessa pesquisa, que além de ser um nome, uma referência nos campos da educação e saúde, orientou-me no sentido mais amplo da palavra, sempre irradiando entusiasmo, otimismo e inspirando confiança na realização desse trabalho;

à Prof^a Helena David, co-orientadora, que generosamente aceitou o desafio de uma orientação já ao final do percurso, pela acolhida, pela confiança, pela paciência e dedicação, e pela segurança e firmeza transmitidas, com seus saberes-fazer-dizeres;

à minha tia, Maria Helena Brant pelo apoio incondicional, pelo carinho e amor;

à minha família, pelo amor, pela alegria e pela compreensão,

às amigas e amigos, esta família de adoção, que vem me cuidando, me protegendo, me ensinando, me aceitando e tolerando, com quem venho compartilhando a vida;

à Clau, Márcia Guimarães, Fernanda Ghetti, Angela Moreira e Ignácio Cano, amigos de sempre, pelo apoio e solidariedade;

aos amigos Márcia Guimarães e Gervásio D'Araújo, pela amizade, pelo apoio e pelas ricas conversas sobre saúde pública que contribuíram com o meu caminhar em direção ao objeto desse estudo;

às mulheres do Grupo Sol, pela sua compreensão e participação nesse estudo e pela oportunidade que me ofereceram de conhecer os ciclos da vida e de me redescobrir como profissional de saúde e também como pessoa.

aos meus avós, paternos e maternos (*in memoriam*) pelas histórias de antigamente, vividas e ouvidas, que também são minhas, em especial a minha avó Eliacy, pelo exemplo de amor e união;

à Professora Rosângela Minardi, por aceitar prontamente participar da banca de defesa de tese, por sua garra contagiante na produção coletiva do conhecimento em saúde e pelos instigantes debates que participei no Curso de Ativadores de Processos de Mudança na Formação Profissional em Saúde, do qual foi tutora;

ao Professor Julio Wong-Un, por aceitar examinar o meu trabalho e por sua dedicação à Rede de Educação Popular e Saúde, responsável por grande parte da produção de conhecimentos na saúde coletiva, direcionados à utopia de um país melhor;

à Professora Elaine Brandão, por aceitar participar das bancas do Exame de Qualificação e de defesa de tese e por suas valiosas contribuições com a produção deste trabalho;

aos Professores Marcos Moreira e Sônia Acioli, por aceitarem examinar o meu trabalho;

ao Professores Eduardo Passos, pela leitura cuidadosa do trabalho no Exame de Qualificação e por suas valiosas contribuições;

aos queridos amigos Ana Elvira Steinback, Eduardo Costa e Roberto Marques, companheiros no caminho do doutorado, agradeço a atitude fraterna e por poder compartilhar as dúvidas, angústias, sofrimentos e alegrias, que fazem parte da experiência de elaboração de uma tese;

aos queridos colegas de turma Edna, Acildo, Célia, Mariana, Jacqueline e Margarida, pela cumplicidade, pelo incentivo e pelas inesquecíveis conversas no terceiro turno de aula;

ao Thiago Lessa, que na fase final do trabalho, me incentivou a não desistir, com seu sorriso meigo e amigo e suas perguntas sempre instigantes e desafiadoras;

ao Prof. Jorge Valadares, pela generosidade com o saber e pela leitura cuidadosa de meu projeto de tese; ao CNPQ, pelo apoio financeiro recebido;

aos professores Giovanni Semeraro, Léa Paixão, Dominique Colinvaux, Sônia Rummert, Osmar Fávero, Regina Leite Garcia e todos os docentes do curso de doutorado, que contribuíram com a minha formação, e hoje são parte de minha história de vida

*Venho armado de amor
pra trabalhar cantando
na construção da manhã.
Amor dá tudo o que tem.
Reparto a minha esperança
e planto a clara certeza
da vida nova que vem.*

...

*Não tenho caminho novo.
O que tenho de novo
é o jeito de caminhar.
Com a dor dos deserdados,
com o sonho escuro da criança
que dorme com fome,
aprendi que o mundo não é só meu.
Mas sobretudo aprendi
que na verdade o que importa,
antes que a vida apodreça,
é trabalhar na mudança
do que é preciso mudar.*

*Cada um na sua vez,
Cada qual no seu lugar.*

Thiago de Mello

*Só temos o mundo que criamos com o outro, e só o amor nos
permite criar esse mundo.*

MATURANA & VARELA (1995, p.264)

MACHADO, Adriana Maria Brant Ribeiro. Grupo de Mulheres: sistematizando uma prática emancipatória em educação e saúde. Orientadores: Victor Vincent Valla e Helena Maria Scherlowski Leal David. Niterói-RJ/UFF, 18/07/2008. Tese (Doutorado em Educação), 180 páginas. **Campo de Confluência: Estudos do Cotidiano da Educação Popular.**

RESUMO

Esta tese de doutorado é um estudo de caso de uma prática de educação e saúde, desenvolvida com um grupo de mulheres de uma comunidade favelizada do Rio de Janeiro. Trata da sistematização dessa experiência, com base no método proposto por Jara Holliday (1996), visando: captar outras possibilidades epistemológicas, políticas e sociais para o desenvolvimento do trabalho em educação e saúde, capaz de dar visibilidade às condições subjetivas e experienciais da vida das pessoas e promover a autonomia dos sujeitos; produzir e disseminar novos conhecimentos sobre a prática de grupo de apoio social aplicada à atenção básica. Da experiência são extraídas questões das falas das participantes, obtidas por meio do método de História Oral, preconizado por Meihy (1996), que, analisadas sob a ótica das categorias apoio social, autonomia, empoderamento e educação popular e saúde, fornecem subsídios para discutir um modelo de promoção à saúde e de trabalho educativo mais humanizado e com mais potência para consolidar o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). A sistematização desta prática, ao mesmo tempo terapêutica e pedagógica, aponta a possibilidade de se construir práticas coletivas menos medicalizantes e mais humanizadas na rede básica de saúde, encurtar a distância entre profissionais e pacientes e entre os serviços e a população assistida. O perfil, a postura ética e a atuação da profissional de saúde que coordena a prática estudada reúnem os atributos de afetividade e humanidade com as competências técnica e política e, por isso, constituem uma referência inspiradora para uma abordagem transdisciplinar no campo da saúde. Os resultados do estudo mostram que essa experiência pode representar uma estratégia a ser adotada no campo da educação e saúde por concretizar um trabalho educativo em saúde democrático e dialógico, com capacidade de empoderar os sujeitos e contribuir para o desenvolvimento de sua autonomia, integrando o conhecimento técnico-científico ao conhecimento das classes populares.

PALAVRAS-CHAVE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PROMOÇÃO DA SAÚDE; HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

MACHADO, Adriana Maria Brant Ribeiro. Grupo de Mulheres: sistematizando uma prática emancipatória em educação e saúde. Orientadores: Victor Vincent Valla e Helena Maria Scherlowski Leal David. Niterói-RJ/UFF, 18/07/2008. Tese (Doutorado em Educação), 180 páginas. **Campo de Confluência**: Estudos do Cotidiano da Educação Popular.

ABSTRACT

This thesis is a case study of an education and health practice, carried out with a group of women from a slum area of Rio de Janeiro. This experience is here systematized, based on a method proposed by Jara Holliday (1996), aiming at: capturing other epistemological, political and social possibilities for the development of health and education programs, capable of rendering visibility to the subjective and actual people's living conditions and promoting their subjects' autonomy; producing and widespreading new concepts on the group practice of social support applied to basic health care. The experience has raised questions, collected by means of the Oral History told by the participants, as proposed by Meihy (1996), which, when analysed under the categories of social support, autonomy, empowerment and common citizens' education and health, provides subsidies for the discussion of a more humanized model of health promotion and educational practices, powerful enough to contribute for the consolidation of the Brazilian Public Health Program (SUS). The results of this systematization, while at the same time therapeutic and pedagogical, point to the possibility of creating collective practices for the public health care system which would be less dependant on medical drugs and more humanized, as well as shortening the distance between professionals and patients, and between the services provided and the assisted population. The profile, ethical attitude and experience of the health professional who coordinates the studied practice are an inspiring reference for a transdisciplinary approach in the health area, as they reveal a real possibility of integrating the cultural codes of the participants with both the affectionate, human attributes and technical and political competence. The results of this study show that this experience may represent a strategy to be adopted in the field of health education, concerning its possibility to establish a democratic and dialogical health and educational practice, with the capacity to empower the subjects and promote their autonomy, while at the same time integrating both the technical-scientific knowledge and commonly held perception.

KEY WORDS: HEALTH EDUCATION; HEALTH PROMOTION; HUMANIZATION OF ASSISTANCE

SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO	01
O objeto de investigação	01
O trajeto em direção ao objeto	05
CAPÍTULO 1 - O SISTEMA DE SAÚDE COMO CENÁRIO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS	19
1.1. O modelo sanitário brasileiro	19
1.2 O modelo hegemônico de assistência à saúde	22
1.3 A mudança do modelo de atenção: novas perspectivas, novos paradigmas	28
CAPÍTULO 2 - CONCEPÇÕES QUE SUSTENTAM A EXPERIÊNCIA DO GRUPO SOL	38
2.1 Conceito “ampliado” de saúde	39
2.2 Educação popular	45
2.3 Teoria Geral dos Sistemas	48
2.4 Teoria do Apoio social	50
CAPÍTULO 3 - EM BUSCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	54
3.1 Educação e saúde	55
3.2 Promoção da saúde	60
3.2.1 Autonomia e empoderamento	65
3.3 Educação popular e saúde	72
3.4 Procedimentos Metodológicos	75
CAPÍTULO 4 - A EXPERIÊNCIA DO GRUPO SOL: UMA PRÁTICA DE SAÚDE QUE EMANCIPA	85
4.1 Re-situando o cenário da pesquisa	86
4.2 Reconstruindo a história do Grupo Sol	87
4.3 Minha participação na experiência	93
4.4 Entendimento do universo feminino	96
4.5 As transformações pessoais: auto-estima, autonomia e empoderamento	100
4.6 O trabalho educativo	110
4.6.1 O aprendizado da coordenadora com a comunidade	112
4.6.2 O aprendizado das mulheres com a coordenadora e com o grupo	116
4.6.3 Nos rumos da Educação Popular	117
4.7 Relação profissional-paciente	119
4.8 Concepção de saúde e doença	129
4.9 Grupo, apoio social e redes sociais	135
4.10 Espiritualidade e saúde	141
4.11 Limites e possibilidades	147
4.11.1 No campo da avaliação	147
4.11.2 Relação comunidade-Estado	148
4.11.3 Continuidade do grupo	149
4. 11.4 Novas possibilidades - o diálogo com experiências similares	151
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES: APONTANDO NOVOS CAMINHOS	158
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES	192
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	192
APÊNDICE B - CARTA DE CESSÃO	193
APÊNDICE C - FICHA TÉCNICA	194
ANEXOS	195
GEMA	196
CAPUCHINHA	203
ALTHAEA	206
AGAVE	210
ALFAZEMA	213

Nem tudo o que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem em tudo eu quero pegar. Às vezes quero apenas tocar. Depois o que eu toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos.

Clarice Lispector, In: “A descoberta do mundo”

INTRODUÇÃO

O objeto de investigação

O trabalho reúne reflexões sobre uma prática comunitária voltada para a saúde, na busca de ferramentas para ampliar meu olhar sobre esse campo e sobre os limites e possibilidades de alteração da capacidade relacional e comunicacional dos profissionais de saúde. Trata-se de uma investigação de natureza teórica e empírica, que versa sobre questões concernentes ao campo que se configura na zona de interseção entre Educação e Saúde, resultante do “[...] entrelaçamento de disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde” (STOTZ, 1993, p. 13), constituindo um outro campo de conhecimentos e de práticas conhecido como *Educação Sanitária* ou *Educação e Saúde*, podendo também se denominar “Educação para a Saúde” ou “Educação em saúde” (PEREIRA, 1993, p.18).

O estudo se propõe a *sistematizar* (HOLLIDAY, 1996) a prática de atenção à saúde desenvolvida com um grupo de mulheres, moradoras de uma comunidade favelizada do Rio de Janeiro, coordenada por uma profissional de saúde, e captar possibilidades epistemológicas, políticas e sociais para o desenvolvimento do trabalho em *educação e saúde*, capazes de produzir visibilidade às condições subjetivas e experienciais da vida das pessoas.

Estudaram-se os movimentos e caminhos trilhados por este grupo - *Grupo Sol*¹ -, como estratégias que produzem espaços promotores e impulsionadores de transformação social, assim como ações transformadoras que qualificam o atendimento prestado à população, porque se mostram mais *resolutivas e eficazes* na *atenção básica*², mais comprometidas com a qualidade e a intensidade de vida das pessoas, e com a construção de autonomia dos sujeitos. Dessa experiência, são extraídas questões que podem ser úteis para discutir um modelo de promoção à saúde e de trabalho educativo na área da saúde, mais humanizado e com mais potência para contribuir na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O *Grupo Sol* caracteriza-se por ser um grupo educativo, reflexivo e de suporte social (COBB, 1976; CAPLAN KILLILEA, 1976; MCQUEEN & CELENTANO, 1982; WINEMILLER ET AL., 1993; CAMPOS, 2000; LACERDA & VALLA, 2003), heterogêneo, intergeracional, composto de mulheres, moradoras da comunidade, voltado à promoção da saúde coordenado por uma médica, vinculada à unidade de saúde pertencente à igreja católica local. O grupo, durante dez anos, reunia-se semanalmente para promover trocas de experiências, partilhas de vidas, fios de histórias que também se cruzavam com as minhas. O ponto de partida é o viver concreto das participantes, no qual têm origem as interrogações e inquietações sobre a prática cotidiana, compartilhadas em conversas. Ao longo dessa trajetória, o grupo desenvolvia, ainda, outras atividades, tais como: horta de plantas medicinais e grupo de produção de fitoterápicos, grupo de controle de peso, produção de artesanato, biblioteca comunitária, bazar de roupas recicladas, grupo de oração, grupo de mães, grupo de apoio aos familiares de alcoólicos, oficinas de reciclagem e alimentação saudável.

O método escolhido para sistematizar a experiência em saúde do Grupo Sol foi o preconizado por Oscar Jara Holliday, descrito em seu livro “Para sistematizar experiências”

¹ *Grupo Sol* é um nome fictício, criado com o sentido de preservar o anonimato do grupo e de proteger seus participantes.

² *Atenção Básica* é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde (nível primário), voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999), constituindo a gama de serviços e procedimentos ofertados pelos postos, centros de saúde e ambulatorios e, mais recentemente, pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (DAVID, 2001).

(HOLLIDAY, 1996). Para análise do material empírico – as falas das mulheres – foi escolhido o método da História Oral, que possibilita a expressão de diferentes versões sobre um mesmo acontecimento, a afirmação de identidades pelo ato de lembrar, de construir signos, de modo a contribuir para que os sujeitos se situem no tempo e reflitam sobre sua inserção social e sua atuação na história (DELGADO, 2006).

Sistematizar experiências, para Holliday (1996), tem o sentido de compreendê-las, extrair seus ensinamentos e comunicá-los. “Ao sistematizar, as pessoas recuperam de maneira ordenada o que já sabem sobre sua experiência, descobrem o que ainda não sabem sobre ela, mas também revela-se o que *ainda não sabiam que já sabiam*” (HOLLIDAY, 1996, p. 30). É um método que se funda em uma epistemologia dialética, e diz respeito a uma reflexão crítica sobre o fazer em educação popular, com ênfase na conceitualização e no processo produtor de conhecimento. Com base no ordenamento e reconstrução do processo, descobre-se ou explicita-se a lógica do vivido e o porquê se desenvolveu desse modo, “objetivando o vivido” (HOLLIDAY, 1996, p.29).

Nesse trabalho - um estudo de caso - busco descrever, compreender e interpretar criticamente o processo que promoveu um peculiar estilo de atuação profissional da coordenadora junto ao Grupo Sol, marcado pela relação dialógica, e tecer considerações sobre as possibilidades e os obstáculos de uma prática pedagógica transformadora na atenção básica, e ainda sobre o espaço da relação como possibilidade de construir conhecimento e “modos de fazer em saúde” transformadores. Busco, também, problematizar o potencial de transformação de um modelo tecnoassistencial que esta prática contém e como afeta os sujeitos que dela fazem parte.

Trata-se, então, de um objeto construído na articulação entre os campos da Educação e da Saúde e, particularmente neste, as áreas de Planejamento e Gestão em Saúde e da Educação Profissional, não sendo, portanto, um trabalho disciplinar.

Faço uma análise descritiva e interpretativa de uma experiência singular, inovadora, de um estilo distinto de atuação profissional, que oferece a possibilidade de extrair questões úteis para a discussão de um modelo de prática em saúde mais humanizado e mais potente em termos de promoção à saúde e de trabalho educativo na área da saúde, e que pode fornecer subsídios teórico-práticos para repensar as práticas de cuidado e atenção integral no campo da saúde pública.

A prática estudada pode representar uma oportunidade para a reconstrução da autonomia dos sujeitos, trazer contribuições para um repensar sobre saúde na vertente de

proposições positivas, estimular e favorecer a construção de estratégias de políticas públicas, direcionadas ao fortalecimento da Atenção Básica, com base nos princípios do SUS, como a universalidade, a humanização do atendimento, a equidade e a participação popular. Pode, também, favorecer a formação de redes sociais solidárias ao estimular a autonomia, o crescimento pessoal e o desenvolvimento familiar e comunitário, e a consciência de que as soluções para os problemas provêm da própria comunidade, dando ênfase ao trabalho de grupo para que, juntos, trabalhadores de saúde e usuários partilhem problemas e soluções. Pode, ainda, ser útil no sentido de agregar ao "cardápio" de ações de saúde, oferecido pelas unidades de saúde do SUS, outras estratégias e ferramentas de promoção da saúde, de caráter "desmedicalizante", ou minimizador da medicalização, além da consulta médica, exames e medicamentos, uma vez que a demanda reprimida em saúde mental - uma das áreas considerada mais incipiente e frágil do ponto de vista da ampliação do acesso e da cobertura assistencial - escapa à capacidade de atendimento na agenda das unidades básicas de saúde, e não encontra acolhida nos serviços de referência. E pode, finalmente, ser relevante como expressão do desejo de contribuir para repensar as práticas formativas em saúde, principalmente no que se refere à formação dos profissionais do Programa de Saúde da Família.

O estudo tem como objetivos analisar e sistematizar a prática desenvolvida junto ao *Grupo Sol*, com o intuito de estudar as possibilidades de uso desse tipo de prática e estilo de atuação profissional, no âmbito da educação em saúde, na atenção básica, como uma forma de resposta aos desafios para a consolidação do SUS; reconstruir a história do *Grupo Sol*; mapear o universo temático das reuniões do grupo; identificar a concepção de educação presente nesta prática; identificar a concepção de saúde e doença assumida pela coordenadora do grupo; identificar o tipo de relação estabelecida entre essa profissional de saúde e seus participantes; identificar os pressupostos teóricos e filosóficos que sustentam a prática no grupo; localizar as tensões ou contradições que marcam esta prática; produzir novos conhecimentos sobre a prática de grupo de apoio social, possíveis de serem aplicados na atenção básica.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, antecedidos por essa apresentação, organizados em sub-itens. No primeiro capítulo, inicio minhas reflexões fazendo um panorama sobre a situação do Sistema Único de Saúde, procurando situar o modelo sanitário brasileiro em relação ao contexto atual da política de saúde; busco examinar os limites do

paradigma³ da modernidade, do modelo biomédico, da racionalidade médica hegemônica, apresentando as perspectivas vigentes de mudança do modelo de atenção em saúde. No segundo capítulo, apresento as formulações conceituais que surgiram diretamente do “refletido a partir da experiência” (HOLLIDAY, 1996): o conceito ampliado de saúde, a teoria do apoio social, a teoria geral dos sistemas, e mais a concepção de educação popular, em diálogo com as formulações teóricas cunhadas pelo saber constituído. No terceiro capítulo, apresento o campo teórico no qual se inscreve o objeto, caracterizando-o como um campo de interface entre a Educação e a Saúde, atravessado pela promoção da saúde. Lembrando que o principal objetivo da tese é a sistematização da experiência, incluo a descrição dos procedimentos metodológicos, ou seja, a forma como o material empírico foi tratado, e as categorias teóricas que serviram de referência para análise desse material. Apresento os caminhos percorridos em função das escolhas feitas, visando à delimitação do estudo e à consecução dos objetivos da pesquisa. Explicito os fundamentos teórico-metodológicos, objetivando construir um caminho próprio dessa investigação. O quarto capítulo contém a sistematização propriamente dita, ou seja, os resultados da pesquisa, com as questões que emergiram das explorações em campo. Por fim, no quinto e último capítulo, apresento as conclusões, que são desenvolvidas sob a forma de considerações finais: o que foi possível revelar, os entendimentos, as regularidades e as interpretações a respeito das concepções e saberes adjacentes à prática do Grupo Sol.

O trajeto em direção ao objeto

Para melhor situar o objeto dessa pesquisa, pensei ser útil realizar um breve relato sobre minhas preocupações, assim como um retrospecto da minha atuação profissional no campo da saúde.

A questão da mudança social esteve sempre presente como uma de minhas preocupações centrais, orientando meus estudos e opções no campo da Saúde.

Desde o início da minha formação como dentista, na Universidade Federal Fluminense (UFF), em 1980, me inquietava o fato de a Odontologia e as demais profissões da área da saúde virem experimentando grandes avanços técnicos nas últimas décadas, sem que esses avanços representassem ganhos reais em saúde para a maioria da população. Essas profissões

³ Paradigmas são as “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (KUHN, 2001, p.13)

têm se desenvolvido, quase exclusivamente, no sentido da sofisticação do trabalho, movidas pela ganância das indústrias nacionais e multinacionais, por meio de equipamentos, técnicas, materiais e ambientes de alto custo. Com isso, as profissões acabam por se distanciar de suas reais obrigações para com a melhoria da qualidade de vida da população brasileira como um todo.

Esse tipo de preocupação me afetou durante todo o curso de graduação, de forma que me engajei nos movimentos estudantil e sindical, na tentativa de protagonizar mudanças sociais que envolvessem o desenvolvimento da profissão odontológica, a qual via tornar-se cada vez mais individualista, com seus profissionais isoladamente tratando de resolver, prioritariamente, os problemas daqueles pacientes⁴ que podiam pagar pela sua saúde bucal. Por outro lado, as estratégias esboçadas pelos órgãos governamentais, em relação a uma prática de atenção aos problemas bucais da coletividade, pecavam pela falta de objetividade e profundidade em suas propostas, as quais geralmente eram fundamentadas em marcos referenciais privatizantes, elitistas e casuísticos. Incomodava-me o fato do atendimento odontológico prestado por esses órgãos mostrar-se essencialmente emergencial e paliativo, cobrindo uma porcentagem relativamente pequena da população.

A inexistência de um programa real de atendimento odontológico, em nível nacional, e a supervisão dos trabalhos prestados sendo realizada sob uma abordagem meramente quantitativa e, portanto, deficiente, eram problemas que pareciam insolúveis e que demandavam respostas urgentes. Da mesma forma, a ausência de prioridade neste campo, elemento essencial do alcance dos objetivos estabelecidos em ações de saúde, a inexistência da prevenção e a demonstração de que os dirigentes sequer conheciam a essência de seu significado, contribuíram para que meu percurso se direcionasse, nesse momento, para a militância política e, ao mesmo tempo, para a discussão técnica destas questões, no campo da saúde coletiva. Associei-me, então, à recém fundada Associação Brasileira de Odontologia Preventiva - ABOPREV - que, liderada pelo dentista José Luís Freire de Andrade, foi a pioneira no debate não só das questões técnicas pertinentes ao momento - as bases científicas

⁴ O termo *paciente* me parece um tanto inadequado, mas é utilizado, eventualmente, ao longo do texto, em virtude da impropriedade do momento para discutir outras possibilidades para melhor nomear o sujeito que é cuidado, que sente e fala sobre sua dor (CANGUILHEM, 1995). O termo não corresponde ao modelo de saúde assumido neste trabalho, por mostrar-se carregado de sentidos, vinculados à discriminação, à passividade e à sensação de aprisionamento a uma categoria que pode parecer ser definitiva na vida, sem possibilidades de mudanças. Em alguns momentos, o termo *usuário* é usado em substituição, por ser considerado um tanto mais adequado, implicando apenas a condição de usuário de um serviço e de uma política de saúde, e, conseqüentemente, a de portador de direitos.

da cariologia e do uso do flúor -, mas também das de ordem política - a promoção de encontros, simpósios e congressos que difundissem e dessem respaldo científico às descobertas da Odontologia - que ofereciam respostas aos problemas de saúde pública, apenas reconhecidos pela autoridades governamentais.

A já comprovada compreensão de que a teoria e a prática desenvolvidas pela Odontologia Social eram superficiais dentro da própria classe dos cirurgiões-dentistas, configurava o isolamento desse campo como especialidade em si mesmo, razão pela qual direcionei minha atividade acadêmica para os cursos de especialização e mestrado, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em Periodontia, área da Odontologia Clínica. Esses cursos me permitiram maior qualificação para discutir esse tema, o isolamento das especialidades, com dados mais científicos, sem descuidar dos aspectos políticos que o envolviam.

Apesar de minha trajetória profissional no campo da saúde ter sido marcadamente focada na clínica odontológica, com frequência ela se associou a atividades relacionadas à saúde pública, em serviços de saúde, públicos, privados ou filantrópicos, voltadas a uma dimensão coletiva e à educação em saúde. Na década de 1980, recém-formada, trabalhei numa instituição filantrópica - Ambulatório da Praia do Pinto - localizada no bairro do Jardim Botânico, na cidade do Rio de Janeiro, atendendo, como dentista, a uma população de baixa renda. Nesse contexto, me preocupava em descobrir novas formas de trabalhar com a educação, visto que esse instrumento era de crucial importância na resolubilidade do tratamento odontológico: só era possível um paciente receber “alta” quando ele se tornava também protagonista no seu processo saúde-doença, conhecendo sua boca e participando também do cuidado. A parte difícil era que não havíamos recebido nenhuma formação na graduação que nos habilitasse para o trabalho educativo. Tudo o que havíamos aprendido na formação superior resumia-se em realizar o tratamento cirúrgico-restaurador, prescrever e culpabilizar os pacientes por sua suposta desinformação, e desconhecimento dos métodos de higiene e auto-cuidado estabelecidos pela ciência. Contudo, a abordagem cirúrgico-restauradora parecia fadada ao insucesso, no que diz respeito aos ganhos reais de saúde obtidos. Isso porque o fato de os pacientes terem seus dentes restaurados não era, com certeza, uma garantia de saúde bucal. Nesse sentido, parecia-me necessário criar outras estratégias que garantissem aos pacientes os devidos ganhos reais em saúde.

Nesse mesmo período, trabalhei também voluntariamente como dentista numa favela na zona sul do Rio de Janeiro, vinculada a uma unidade paroquial de saúde da igreja católica

local. Realizava um trabalho ambulatorial, centrado no atendimento clínico individual, realizando ainda um trabalho coletivo na área de educação em saúde. A convivência com as classes populares, também chamadas de classes subalternas⁵, me levava a pensar sobre o fato de que a linguagem “médica”, aprendida por nós nos cursos de graduação, não nos permitia ou dificultava a criação de canais de comunicação com essas classes. Questionava, assim, sobre como seria então possível criá-los e qual era a viabilidade de buscar outras formas de produção de conhecimentos, não alicerçadas na doença, e que tomassem por base as forças de vida dessa população.

De 1996 ao início de 2004, trabalhei no Preventório Rainha Dona Amélia - instituição filantrópica vinculada à Fundação Ataulpho de Paiva - localizado na Ilha de Paquetá, assistindo a um grupo de aproximadamente 120 crianças, oriundas das classes populares, moradoras da ilha ou de comunidades pobres da baixada fluminense. Minhas inquietações nesse período localizavam-se ainda no âmbito da tecnologia das relações humanas e nas possibilidades de melhora da capacidade comunicacional dos profissionais de saúde. Objetivava a busca de novos referenciais para a intervenção clínica e para as atividades de educação em saúde, que contribuíssem para repensar as necessárias transformações no âmbito dos serviços e estabelecimentos, e o desenvolvimento de modelos de atenção mais comprometidos com a qualidade e com a intensidade de vida das pessoas sob atendimento em saúde, passíveis de reconfigurações constantes, com base em perspectivas ético-estético-políticas, voltadas à defesa da vida, da saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em minha trajetória profissional, os campos da Educação, da Saúde Coletiva e do Planejamento e Gestão em Saúde realmente se cruzaram a partir de 2000, quando iniciei o trabalho no Programa Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2001a.). Em minha prática nesse programa, percebia que conhecer bem os dispositivos do planejamento e da avaliação era condição *sine qua non* para produção do cuidado e resolubilidade das ações de saúde. Como se sabe, o papel da avaliação é central para o melhor desempenho de políticas e para o aprimoramento das atividades interligadas com a implementação de programas, e deve ser uma fase de atividade permanente em qualquer processo de intervenção em saúde. Constatava, então, que as perspectivas de consolidação deste programa e dos avanços

⁵ A expressão *classes subalternas* - também denominada *classes populares*-, segundo Martins (1989), refere-se aos grupos que permanecem “a reboque” dentro da sociedade, principalmente em relação à exploração das elites do capitalismo, e tem sido freqüentemente usada nas reflexões e discussões que se dão no campo da educação em saúde (VALLA, 1996; DAVID, 1995).

possíveis do SUS no país estavam intimamente atreladas ao aprimoramento da qualidade dos processos de avaliação, que dependiam, por sua vez, da qualidade e da natureza das informações disponíveis nos sistemas de base nacional. Contudo, observava, na rotina de trabalho do Programa, que esses processos, de avaliação e controle da qualidade técnica do cuidado, não eram devidamente desenvolvidos nem estimulados, sem dizer que a maioria dos profissionais não tinha o preparo necessário para implementá-los. Percebia, também, que a maioria dos problemas na consolidação do PSF estava relacionada à precariedade do seu sistema de informação - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) -, principalmente por este não contemplar o conceito de promoção da saúde, apresentando-se bastante limitado em seu elenco de eventos de saúde, focados meramente nas doenças e agravos, sem incluir intervenções para além das instituídas pelo setor saúde, como as ações coletivas de mobilização comunitária e intersetoriais (MEDINA & AQUINO, 2002).

Julgava, então, ser de suma importância, no PSF, para sua viabilidade e avanço, a criação e a valorização de uma cultura avaliativa, assim como a formulação de dimensões, variáveis e indicadores que melhor permitissem auferir processos e impactos para implantar ações de intervenção.

O economista Ricardo Paes de Barros, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no Rio de Janeiro, em entrevista concedida à Revista Isto É (BARROS, 2002), afirma que o Brasil gasta cerca de 150 bilhões de reais por ano em políticas sociais. Em sua avaliação, a desigualdade social não muda, apesar de todo o capital investido, porque essas políticas sociais não estão funcionando. Barros alerta para o grave problema de não termos nenhum sistema nacional de avaliação dessas políticas, fazendo com que fiquemos sem saber qual o seu impacto e sua efetividade. Alega, ainda, que como as avaliações representam um custo alto e não são obrigatórias, desenvolveu-se no país a cultura de não se avaliar.

A inexistência de uma tradição de avaliação nas instituições de saúde, a baixa qualificação dos recursos humanos para manejar, analisar e interpretar as informações produzidas, utilizando-as na programação das ações de saúde (MEDINA & AQUINO, 2002), a inadequação do planejamento e da utilização das ferramentas de gestão, eram fatos que prejudicavam enormemente o desempenho do PSF. Resultavam em uma redução da potência do Programa para produzir as mudanças desejadas empobrecendo, também, os processos de pactuação entre as esferas de governo (MEDINA & AQUINO, 2002).

Estes e outros inúmeros problemas, percebidos durante o meu trabalho no PSF, mantinham em mim inquietações e a desconfiança que a solução, para a grande maioria deles,

encontrava-se no escopo da Gestão. Mas ainda assim, mesmo fazendo parte de um sistema que permanecia guiado pelo tecnocracismo, pela normalização, pela programatização, pelo economicismo e pelo pragmatismo da vigilância à doença, não sendo capaz de responder, de imediato, a todos os anseios e problemas ligados ao processo saúde/doença da população brasileira, percebia que o PSF poderia nos dar a chave para a abertura de muitas portas, e criar condições técnicas, gerenciais e políticas para a incorporação de um outro jeito de cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades em nosso país. Nesse sentido, considerava bastante promissora sua intencionalidade de produzir mudanças.

Nessas experiências, o que mais me saltou aos olhos foi o imenso potencial dessa proposta em promover saúde, melhorar a qualidade de vida das populações assistidas, e desonerar os serviços de saúde, por meio de ações educativas, em contraposição à falta de capacitação dos profissionais das equipes para efetivarem tal proposta, fato que acarreta sérios problemas, principalmente relacionados com a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários, e entre os próprios membros das equipes.

Ficou claro para mim, nesse momento, o quão enriquecedor seria, para ampliar a formação dos profissionais envolvidos, conhecer e participar da vida das pessoas que habitam as periferias da cidade e das favelas, grupo este que compõe a grande maioria dos usuários do SUS. Para mim, esse contato intenso com uma realidade tão diversa da minha marcou de forma contundente o meu olhar e minha trajetória profissional.

Por estas razões, busquei o curso de Gestão em Saúde da Família, em 2002, nesta época oferecido pelo pólo de capacitação do Ministério da Saúde, em parceria com a Faculdade de Enfermagem e do Instituto de Medicina Social (IMS), na UERJ. Pensava que, para dar conta desses problemas, eram indispensáveis a criação e a utilização de metodologias inovadoras e formatos mais flexíveis na gestão. Era necessário um investimento maior na “modernização” metodológica.

Também me preocupava, neste momento, a baixa capacidade da academia de produzir as respostas necessárias à gestão dos serviços de saúde. Desejava, portanto, me qualificar, para que pudesse apoiar, de forma mais efetiva, no trabalho com o PSF, o desenvolvimento de práticas de avaliação, tradicionalmente tão marginais no cotidiano da gestão em saúde (MEDINA & AQUINO, 2002). Objetivava, inicialmente, me apropriar, mais profundamente, dos conhecimentos e ferramentas ligados à avaliação, tão necessários para subsidiar a identificação de problemas e reorientar as estratégias desenvolvidas no PSF.

Com o intuito de aprofundar essas reflexões é que produzi minha monografia de final de curso, intitulada *Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades no campo da avaliação em saúde* (MACHADO, 2002; 2003), contando com a orientação da professora Roseni Pinheiro, do Instituto de Medicina Social, da UERJ. Entre os pontos principais de minha reflexão estavam: o questionar o entendimento do que é o impacto da prática do PSF na saúde da população, e os aspectos que não podiam ser percebidos pelo sistema de avaliação utilizado. Era possível verificar que o sistema de planejamento proposto, os parâmetros de avaliação adotados e a estrutura de organização do serviço não absorviam o paradigma de saúde/doença que se pretendia assumir, aqueles implícitos nos princípios e metas do programa.

O paradigma de saúde/doença adotado é outro, mas os parâmetros de avaliação estão sendo traçados a partir do modelo tradicional, aquele que se pretende transformar. Não se pode conceber uma mudança de paradigma sem a busca de parâmetros que se encontram fora do paradigma dominante, ou seja, fora da ótica da biomedicina [...] (MACHADO, 2003, p.18).

Por isto, o conjunto de ações que permeiam a prática do PSF (BRASIL, 2000) não parece objetivável dentro do paradigma tradicional adotado, por estar dimensionado dentro de um outro paradigma, portanto, invisível ou não-existente sob a ótica daquele outro. Faltam nele a lente e o mapa que dimensionam esse tipo de realidade, como mostra Luz (2001). Dificuldade que também está presente no fato de que o cuidado e a atenção traduzem-se em aspectos subjetivos que não podem estar subordinados às objetividades predominantes da ciência atual (LUZ, 1996).

Trabalhar com o mapeamento dos elementos conceituais, teóricos e metodológicos das abordagens de avaliação das intervenções em saúde, identificando os limites e possibilidades de esses elementos se adequarem ao PSF, aguçou meu interesse pela gestão em saúde e me fez pensar sobre outros caminhos e possibilidades para incorporar novas formas de organizar a gestão do trabalho nesse Programa.

No trabalho desenvolvido no PSF, com base na abordagem humanizada adotada pela equipe multiprofissional, percebia que o fato dos pacientes sentirem-se apoiados, recebendo informações corretas, compartilhando temores e sentimentos, atenuava seu sofrimento, tornando-os mais fortalecidos para participar do seu tratamento, ao mesmo tempo em que ampliavam sua capacidade de entendimento sobre a situação que viviam. No decorrer desse processo, ficava nítido que, entre os fatores mais importantes na recuperação dos pacientes, estavam a construção de vínculo e o reforço da auto-estima propiciado pelo espaço de

fala/escuta, de acolhida, em uma parceria na qual a atitude de suporte e de solidariedade colocava-se como mais um recurso terapêutico.

Com o contato continuado com as camadas populares e seus saberes, e com o conhecimento progressivo de suas características sócio-culturais, fui percebendo, nas situações cotidianas das práticas de saúde, que eram expressivas as possibilidades de exercitar habilidades clínicas e humanas para além do ato técnico diagnóstico e terapêutico, ampliando a consciência profissional para a subjetividade do indivíduo assistido, como um aspecto integrante do fazer saúde. Fui, progressivamente, percebendo a necessidade de problematizar esta dimensão subjetiva das organizações de saúde e de suas práticas assistenciais, como condição, inclusive, de sua efetividade.

O trabalho com o PSF de Vila Canoas me colocou em contato com o Grupo Sol, objeto dessa pesquisa. Nascido em 1996, constituindo-se em uma das atividades desenvolvidas pela unidade paroquial existente na comunidade, vinculada à igreja católica local, o grupo, coordenado por uma médica, era composto de mulheres, moradoras de uma favela, e se reunia semanalmente para, a partir de diálogos, promover trocas de experiências e partilhas de vidas, fios de histórias, que também se cruzavam com as minhas. De 2001 a 2003, o grupo funcionou em regime de parceria com a equipe da Unidade de Saúde da Família existente na área adstrita, período no qual assumi o papel de coordenadora adjunta.

Após dois anos de participação no grupo, identificava que essa prática estava carregada de ensinamentos e eu me sentia responsável por sistematizá-los, já que a médica que coordenava o grupo há oito anos não tinha isso como proposta, nem a vocação para fazê-lo.

Estas práticas me mobilizaram a multiplicar essas possibilidades em outros espaços e ambientes da Odontologia. Foi então que assumi a docência das disciplinas Epidemiologia, Saúde Coletiva, Clínica Integrada e Clínica de Periodontia, lecionando para alunos de graduação dos 2º, 5º e 6º períodos, em uma faculdade privada que iniciava um movimento de transformação curricular, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Acreditava que a formação dos trabalhadores do SUS, envolvendo os aparelhos formadores da educação formal - escolas e universidades - constituía-se uma área de teorias e práticas fundamental para o sucesso do nosso sistema de saúde nos dias de hoje. Procurei, portanto, em minha prática docente, não reproduzir as deficiências constatadas na formação que tive em Odontologia, na UFF, na década de 1980, na qual os professores ressaltavam a importância da especialização, e a estrutura curricular não possibilitava aos alunos uma visão da Odontologia integral e

integrada.

Por me incomodar o fato de a clínica moderna estar configurada com base em uma pedagogia medicalizadora, referenciada quase que exclusivamente em evidências fisiopatológicas generalizadas, atemporais e ahistóricas, aprisionada no paradigma biomédico, sentia a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitariam uma atenção integral e humanizada à população brasileira. Datam desta época documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), criticando a atuação das instituições formadoras.

[...] A maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais em saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. O trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria, entretanto, centrar-se na correspondência aos interesses do usuário, inclusive de contribuir para a sua autonomia e para a sua capacidade de intervenção sobre sua própria vida. (BRASIL, 2004a, p.3)

[...] Apesar dos intensos debates, múltiplas proposições e das inovações introduzidas pelos movimentos de mudança na graduação na área da saúde, a orientação predominante na formação ainda é alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado à saúde, a graduação nos cursos da área tem permanecido impermeável ao controle social oficial no setor (os conselhos de saúde). As instituições formadoras têm perpetuado modelos os mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e limitados à exposição às aprendizagens do hospital universitário. (BRASIL, 2004a, p.9)

A maior dificuldade sentida por mim durante o percurso da docência era verificar que as mudanças ocorridas eram apenas superficiais. Embora os projetos pedagógicos estivessem sendo modificados, os professores insistiam em velhas práticas: agindo como se fossem os donos da verdade e do poder decisório, sendo insensíveis às diferenças entre os alunos e suas particularidades, exercendo atitudes autoritárias e punitivas, avaliando os alunos por meio de instrumentos tecnicamente mal elaborados, desconhecendo o plano curricular de seus cursos e o perfil do profissional que se pretendia formar etc.

Estas observações coincidiam com as perguntas que se colocavam pra mim neste momento: até que ponto os atores envolvidos neste processo estariam preparados para este novo, que requer uma formação político-social condizente com as necessidades relacionadas à saúde da maioria da população? Estariam os profissionais egressos desses cursos conscientes das atuais e reais oportunidades de trabalho e das exigências para sua prática?

Nesta experiência de dois anos como docente do curso de Odontologia, o que pude observar de mais marcante foi o despreparo dos profissionais da saúde e da educação para enfrentar o desafio de desconstruir as “velhas práticas”, centradas no paradigma biomédico e para entender e aplicar as diretrizes e princípios que regem o SUS. Ainda que esta escola se propusesse a inovar e implementar em seu currículo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde (BRASIL, 2001b), a ênfase do modelo ainda estava fundamentalmente colocada sobre as práticas curativas e restauradoras.

Apesar de serem tantos os desafios, predominava em mim um certo otimismo, apostando que o processo da Reforma Sanitária brasileira, com seus avanços e recuos, oferecia ainda condições para a formação de sujeitos capazes de formular novas políticas. Isto porque, com a aprovação pelo Conselho Nacional de Educação das Diretrizes Curriculares para os cursos da saúde, muitos atores se mobilizavam em todo território nacional, com iniciativas, projetos, encontros e congressos promovidos nas instituições de ensino superior e pelas associações representativas das categorias envolvidas, culminando com a adoção, pelo Ministério da Saúde, da *integralidade*⁶ como eixo da mudança no ensino superior em saúde, para levar a efeito essa mudança nas graduações, com o objetivo de formar profissionais preparados para atender às necessidades de saúde da população brasileira e de se aproximar das diretrizes do SUS.

Contudo, percebia que o “viver” a integralidade dentro dos serviços e dentro da universidade não era uma tarefa fácil. Era um desafio de uma enorme complexidade, por estar muito mais ligado a negociar verdades, saberes, sentidos, experiências, expectativas e relacionado ao pensar a vida, no seu sentido mais amplo, como espaço de experiência e aprendizado mútuo. Percebia, também, que os processos de mudança institucionais eram dinâmicos, complexos e intersetoriais. Reconhecia que a diversidade de contextos e de projetos ético-políticos neste campo exigia não só o envolvimento e o apoio dos diversos segmentos internos às instituições de ensino superior, mas também algum tipo de apoio externo.

Ao pensar integralidade dessa forma, os processos educativos, que permeavam as práticas nos serviços de saúde e na formação profissional, apareciam para mim com uma força

⁶ Entende-se *integralidade* como um conceito amplo, que possibilita assegurar aos indivíduos atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção preventiva, bem como a compreensão em sua totalidade dos indivíduos/coletividades em sua singularidade (PINHEIRO & MACHADO, 2003).

ainda maior. Motivada pelo desejo de aprofundar a reflexão sobre minha própria prática docente e assistencial, buscando também, na teoria, recursos que contribuíssem para o desencadeamento dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde, ingressei no Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, organizado pelo MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, no período de novembro de 2005 a agosto de 2006.

A crítica e a formulação de alternativas às práticas assistenciais e ao saber hegemônico que as constitui, durante este tempo, foram adquirindo, assim, progressiva importância nas minhas preocupações. Temáticas como a estruturação de serviços e práticas ambulatoriais, dos processos de trabalho em saúde e, principalmente, a busca de alternativas ao saber médico e às práticas hegemônicas, desenvolvidas no sentido de responder a uma expectativa ideológica e técnico-científica de uma melhor e mais adequada atenção às necessidades das pessoas nos seus processos de saúde e adoecimento, individuais e coletivos, orientaram minha opção pelo curso de doutorado, na área da Educação. Esta escolha se deu em função da visão que tenho do fazer saúde, como processo de produção, que aponta a multiplicidade de determinantes e a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde (BENEVIDES & PASSOS, 2005a). E ainda pela aposta que faço em um modelo de atenção à saúde transformador, acêntrico, descentralizado, mais rizomático, mais próximo de uma configuração de rede. Ou seja, um modelo no qual a relação vem primeiro do que os termos, que aposta mais nas relações, que não é focado, não tem um centro (PASSOS, 2005). Essa é uma noção compartilhada por diversos autores contemporâneos, entre os quais Castells (1999) em sua trilogia sociológica sobre a nova configuração social do século XXI. Segundo esse autor, rede é um conceito que desempenha um papel central na caracterização da sociedade na era da informação por representar “[...]estruturas abertas, capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação. Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto, altamente dinâmico e suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio” (p. 498). O conceito explica a nova face social em que espaço e tempo estão sendo transformados e o sentido estrutural das pessoas, das atividades e dos locais do mundo deixa de existir para incluir-se em “[...]uma ‘metarrede’ em que se produz valor, criam-se códigos culturais e decide-se o poder. Cada vez mais, a nova ordem social, a sociedade em rede, parece uma metadesordem social para a maior parte das pessoas” (p. 505).

Essa pesquisa surgiu, portanto, do desejo de sistematizar e comunicar as experiências vividas no Grupo Sol, como profissional de saúde, por acreditar que estas propostas, que põem em destaque o plano da escuta, da relação - que se dá nessa zona intersticial do encontro (TEIXEIRA, 2003) -, o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e a centralidade do diálogo, possam subsidiar a problematização acerca das possibilidades e desafios da educação em saúde, quanto à sua relação com a conquista da autonomia dos sujeitos em saúde-doença, assim como a emergência de um trabalho em saúde com maior capacidade de subordinar as potencialidades do conhecimento médico-científico ao compromisso de afirmação da vida.

A escolha do tema desse trabalho tem, portanto, íntima ligação com minha história de vida, pessoal e profissional, com minha preocupação com os rumos da medicina moderna e com meu interesse na defesa da vida, individual e coletiva, no sentido de construir e promover políticas públicas que atendam as necessidades de saúde da maioria da população brasileira. Portanto, essa construção teórica reflete minha trajetória de vida, sintetizando, de certa maneira, o meu pensamento até este momento.

Na experiência dessas mulheres, em que os saberes acadêmicos e populares emergiam na prática, percebi que era possível compreender a complexidade do humano e do tecido sócio-cultural que o constrói e incorporá-los no discurso das práticas em saúde, e que o manejo deste aspecto deveria estar incluído como parte do instrumental básico das habilidades e saberes dos profissionais de saúde. Comecei, então, a pensar nessa experiência como uma prática de apoio social⁷, que poderia representar um espaço facilitador para essa troca de saberes, contribuir para ampliar os limites das atuações da equipe de Saúde da Família, potencializando os resultados de suas ações e possibilitar a materialização da integralidade, do controle social⁸ e, portanto, funcionar como uma das formas de apoio à consolidação do SUS. Poderia, sobretudo, se constituir numa tecnologia de trabalho do próprio PSF, possibilitando intervenções resolutivas no quadro de sofrimento das pessoas.

⁷ Apoio social é uma das teorias que sustentam a prática estudada e está aprofundada no capítulo 2.

⁸ *Controle social* nesse trabalho é definido "como o processo no qual a população participa, através de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas, as políticas do governo" (BRASIL, 1994; 2002a). As Conferências e as Plenárias são os mecanismos de o Município discutir seus problemas, caracterizando "o momento de consulta ampliada à sociedade [...], [quando] o que é mais importante é o que se discute em cada município, em cada localidade" (BRASIL, 1994; 2002a). O Conselho de Saúde, por sua vez "*é a mais pura forma de democracia*", onde convivem o secretário de saúde e os representantes dos setores da sociedade civil, tornando-se necessária a "legitimidade de seus membros" e "a paridade em sua constituição" (BRASIL, 1994; 2002a).

Observei, na vivência de grupo, que essa prática estimula a autonomia dos sujeitos em relação à vida e aos processos de saúde e doença, oferecendo, inclusive, benefícios à saúde física e mental, tendo eu mesma percebido esses efeitos, enquanto sujeito, profissional de saúde e membro do grupo.

Diante da minha implicação com esse grupo, pude reconhecer e identificar, além dos limites, lacunas do meu próprio conhecimento, pude indagar sobre o modo como o profissional de saúde “aprende a aprender”, como aprende a trabalhar em equipe e a identificar a transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade que caracterizam as práticas em saúde, ao interagir profissionalmente com os colegas de equipe e com os parceiros dos trabalhos intersetoriais na comunidade de Vila Canoas, argumentando, analisando e planejando em conjunto as ações de saúde. Observei como é possível orientar o cuidado pelas dimensões ética e social, reconhecendo que as práticas em saúde são mediadas por valores, ideologias⁹ e culturas dos sujeitos que nelas participam e que interferem em todas as fases do cuidado. Pude verificar também como o profissional de saúde pode comunicar-se com pacientes, famílias e comunidade, identificando a diversidade de valores, saberes e culturas, sendo capaz de escutar o outro e respeitá-lo em suas necessidades ao assumir o caráter dialógico da comunicação. Pude identificar como o profissional de saúde pode reconhecer os múltiplos determinantes das condições de saúde e as possibilidades de intervir em diferentes espaços, abordando de modo integrado os problemas do paciente.

Foi possível, com base nessa experiência, aprender sobre um modo de fazer saúde, orientado pelo princípio da integralidade, no qual se articulam as dimensões biológicas, psicológicas e sociais no manejo e na organização do cuidado, em que o profissional de saúde é capaz de reconhecer seus limites para lidar com o sofrimento humano, de incluir a subjetividade no cuidado, e de reconhecer a si próprio e ao paciente como sujeitos singulares dotados de emoções.

No contato com a comunidade pude ainda verificar o que Victor Valla (1998) tem denominado “diálogo de surdos” ou “crise da interpretação”, que acontece com muita frequência na relação dos profissionais de saúde com as classes populares assistidas, quando estes assumem uma postura que nega o outro como um produtor e criador de saberes, sabedorias e culturas. Valla (2000a) fala da “teoria imediata”, aquela que é própria das classes

⁹ A visão de ideologia adotada nesse trabalho leva em conta o ponto de vista de Chauí (1982), que caracteriza ideologia como “discurso sobre o social e o político, que procura coincidir com o discurso da sociedade e da política e que, para tanto, opera uma redução de todas as representações e práticas existentes na sociedade às representações da classe dominante, parâmetro e paradigma do *optimum*.”(p.59)

subalternas e que os profissionais têm dificuldade de identificar. Isto seria decorrente, segundo Valla, de uma certa “postura” e menos de um problema de linguagem ou de compreensão da “desigualdade”. Este é um fator que limita a atuação dos profissionais, colocando-os numa situação desprivilegiada para o diálogo, para a troca, para a comunicação entre diferentes que se respeitam, que se ensinam mutuamente.

Por essas razões, percebi, então, que esta prática oferecia contribuições relevantes para problematizar o paradigma biomédico vigente, por facilitar a produção de tensões e rupturas, apontando a possibilidade de se formular outros modos de relação capazes de construir outros padrões de saúde, desde as forças de vida e não das idéias de sobrevivência e oposição à morte biológica (FERLA, 2002).

Sendo assim, coincidindo com o momento em que se assume a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde (BRASIL, 2004b), essas reflexões me instigavam a pensar na possibilidade de construir formas de intervenção mais efetivas e novos modos de fazer saúde que pudessem dar conta da realidade brasileira, sendo especialmente capazes de *escutar à vida* (CECCIM, 2007) e incluir em seus horizontes normativos os “projetos de felicidade” (AYRES, 2001) de indivíduos e comunidades. Entendo que a doença e a saúde, além das questões biológicas, também são produzidas desde uma realidade construída. “Escutar à vida” traduz esse entendimento, pois permite dialogarmos com as dimensões social, política, econômica e cultural que atravessam as questões da vida.

Talvez seja hora, num momento em que se assiste a uma crescente estetização da existência, e isso em todos os domínios, de pensar a ciência, ou, mais modestamente, o conhecimento, como uma arte.

Michel Maffesoli

CAPÍTULO 1

O SISTEMA DE SAÚDE COMO CENÁRIO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS

1.1. O modelo sanitário brasileiro

Com base na compreensão de que toda experiência envolvendo profissionais de saúde e usuários é sempre uma prática educativa a serviço da melhoria do sistema de saúde e, por consequência, da qualidade de vida da população, cabe situar o objeto de investigação deste trabalho no modelo sanitário brasileiro em relação ao contexto da política de saúde vigente. Considero que ampliando os conhecimentos sobre o cenário em que a experiência com o Grupo Sol acontece, torna-se mais fácil compreender as inter-relações dos sujeitos implicados e que, de alguma forma, sofrem influência das políticas que desenham esse cenário.

O modelo sanitário brasileiro caracterizou-se até a Constituição Brasileira (CB), de 1988, pelo “modelo assistencial privatista de gestão estatal”, modelo que favoreceu o desenvolvimento do setor privado por meio da compra de seus serviços pelo Estado e a hegemonia das ações de cunho individual e curativo. Caracterizava-se pelo acesso desigual à atenção médica oferecida pela seguridade social, permitido apenas para aqueles que tinham vínculo empregatício. Aos demais cidadãos era oferecida apenas uma rede de serviços municipais de emergência e de atenção primária, voltada à prevenção, por meio de programas apoiados e executados pelo Ministério da Saúde (MS), pelos municípios e estados da

federação. Era um modelo que tinha como características centrais a forte centralização na esfera federal, a clientela limitada, a fragmentação organizacional, a ausência de mecanismos de controle público e social, a forte concentração do atendimento em unidades hospitalares ou atendimento ambulatorial de nível secundário, entre outras. O Fundo de Assistência Social criado oferecia elevado grau de subsídio público para construir e manter instituições privadas de assistência à saúde.

Esse modelo trouxe para o país graves problemas de ordens financeira e administrativa, pelos enormes gastos com procedimentos especializados e de alta complexidade, de interesse privado, pela superposição de atividades entre diferentes prestadores, baixa efetividade das ações de saúde e baixa capacidade de gestão.

Com o desgaste da ditadura militar na década de 1980 e o aumento incontrolável da inflação, a economia se desorganizou e, por conseqüência, também os outros setores da sociedade, em especial a saúde e a educação. Mudaram, assim, os rumos das políticas de saúde, dando-se início à conformação de um novo projeto sanitário, mais democrático, que pretendia ter um caráter universal, gratuito, de qualidade, resolutivo, em quaisquer dos níveis de atenção, e sob o controle da população.

Segundo Feuerwerker (2005), as principais “idéias-força” da reforma sanitária, foram:

a) o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;

b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população;

c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

Foi criado, assim, o Sistema Único de Saúde, instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, apoiado no princípio geral de que saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Sua perspectiva supõe um trabalho intersetorial no campo da saúde, de modelo plural, que inclui toda a rede de atenção, nos seus diversos níveis hierárquicos, descentralizada, com gestão única em cada esfera de governo, controle social assegurado pela participação dos usuários e das organizações sociais nos conselhos municipais e estaduais de saúde.

A implantação do SUS tem sido apontada como uma das maiores reformas de sistema de saúde ocorrida nos países em desenvolvimento, logrando conquistas no campo legal.

Entendemos que um dos requisitos fundamentais para a efetiva implantação e consolidação do SUS é a reflexão sobre o modelo de atenção em vigência.

O grande desafio para o aprofundamento dessa reflexão parece estar na necessidade de transformação das práticas de saúde no cotidiano dos atores nos serviços de saúde (PINHEIRO, 2000), que compreendem a saúde como ausência de doença, tornando evidente a urgência de se trabalhar com o conceito ampliado de saúde, ancorando-se no paradigma da promoção da saúde (MENDES, 1993; ALMEIDA FILHO, 2001). Segundo Carvalho (1996), Czeresnia (1999) e Minayo (2001) a atuação médica centrada na doença e na sua prevenção estão presentes nas ações de saúde coletiva, que ainda não incorporaram os pressupostos da promoção. As práticas organizam-se, ainda, com base no conceito de doença, sem considerar a distância entre esse conceito - construção mental - e o adoecer - experiência de vida (CZERESNIA, 1999).

O SUS, em seu processo de constituição,

[...] herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatorios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços [...] Todas essas unidades e serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde. E, majoritariamente, assim continuam operando [...]. As idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS. (FEUERWERKER, 2005).

A crise sanitária que vivenciamos na atualidade - tema esse muito bem explorado por Luz (2005) - envolve, portanto, as relações medicina-sociedade e a própria racionalidade médica em sua relação com a cultura contemporânea. Suas expressões são os graves problemas de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do surgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção, tais como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam a novas epidemias e ao aumento exagerado do consumo de drogas (GOULART, 1999).

Portanto, a crise da medicina e a crise sanitária contemporâneas não estão atribuídas somente a questões administrativas ou financeiras, mas principalmente à inadequação do modelo biomédico vigente, centrado na definição limitada de saúde e de doença. Os modelos de atenção à saúde vigentes, com seus conteúdos estritamente tecnocientíficos e critérios de avaliação bem definidos e validados, com alto grau de objetivação, embora relevantes, se mostram insuficientes, defasados cientificamente, simplificadores e mutiladores dos processos de construção do conhecimento e da própria dinâmica da vida (AYRES, 2006).

Para esta discussão são muito profícuas as contribuições de Emerson Merhy (2002), para quem a crise na assistência à saúde não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar sobre os mesmos, mas na falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do usuário e de seus problemas. Esta afirmativa questiona a ênfase na presença de recursos tecnológicos como resposta e garantia de qualidade dos serviços de saúde, como supõe o imaginário dominante sobre a prática médica (SÁ, 2005).

Os problemas existentes sinalizam, portanto, claramente, a urgência de se buscar novas bases epistemológicas, para que possamos, como profissionais de saúde, desfrutar dos avanços tecnológicos conquistados e, ao mesmo tempo, promover saúde de forma humanizada e comprometida com a afirmação da vida, no sentido da consolidação do SUS.

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. (BENEVIDES & PASSOS, 2005a, p.2)

1.2 O modelo hegemônico de assistência à saúde

Identificada a concepção de saúde com a qual os profissionais da área, de modo geral, exercem suas práticas, cabe abordar o modelo hegemônico com o qual estas práticas são vividas tanto pelos profissionais como pelos usuários do sistema de saúde.

Muitos autores, brasileiros e estrangeiros, vêm se dedicando à compreensão e caracterização da chamada biomedicina ou racionalidade médica ocidental contemporânea (CANGUILHEM, 1995; FOUCAULT, 1979; 1999; ILLICH, 1975; LUZ, 1988; 1997a; 1997b; CAMARGO JR., 1992 a; 1992 b; 1993; 2003; MARTINS, 2003; BIRMAN, 1997).

Segundo Mendes (1986), os modelos sanitários anteriores se esgotaram por não se ajustarem às novas demandas da sociedade. O paradigma da medicina científica surgiu com a emergência da Revolução Industrial, como exigência de um novo modelo de medicina, mais coerente com as novas formas de capitalismo (MENDES, 1986).

De acordo com Birman (2007), a medicina moderna se configurou em duas vertentes e dimensões, efetivamente complementares:

De um lado a medicina 'individual', isto é, a 'clínica'. De outro, a medicina 'social', pela qual o Estado, pela via da 'higiene social', transformou totalmente a paisagem das cidades pelos

dispositivos sanitários (Foucault, 1963). Com efeito, da circulação de água às novas condições de aeração das construções civis, passando pela regulação dos excrementos e de outras dimensões sanitárias presentes no meio ambiente, a cidade passou a ser completamente perpassada pelos dispositivos médicos. [...] Com isso, a cidade passou a ser esquadrihada e cartografada nos seus menores detalhes, pelo olhar médico e pelos dispositivos sanitários de intervenção. (BIRMAN, 2007, p.5).

Isso porque a “qualidade de vida” da população, na modernidade, era o que consubstanciava a riqueza de uma nação, e não apenas a posse de múltiplos recursos naturais (FOUCAULT, 1976). Em função disso que a “medicina” assumiu um lugar estratégico nesse contexto, ocupando-se da produção de uma população saudável, signo maior da riqueza de um Estado (BIRMAN, 2007).

[...] seria pela normalização das anormalidades e para impedir que estas pudessem ser transformadas em patologias, que a medicina social direcionava estrategicamente as suas intervenções no espaço social. Ao lado disso, a clínica incidia diretamente sobre o patológico já constituído, visando então a cura das enfermidades (BIRMAN, 2007, p.6).

O modelo biomédico pode ser definido, então, por seu caráter intervencionista, biologicista, mecanicista. A racionalidade médica contemporânea tem a doença como categoria central e norteia até os dias de hoje seu modo de intervenção na sociedade (LUZ, 1988). Com sua visão analítico-mecanicista baseada na causalidade da doença, propõe uma *medicina das doenças*. (LUZ, 1988)

Com base no dualismo corpo-mente do pensamento cartesiano, e na concepção do universo como uma máquina, o corpo é entendido como uma máquina, cujo funcionamento depende do perfeito encaixe de suas peças. A doença deve-se, então, ao mau funcionamento dos mecanismos biológicos e ao resultado da ação de agentes específicos em locais também específicos do organismo.

Portanto a cura, a prevenção e a predição foram estratégias então estabelecidas de maneira sistemática, para responder aos imperativos de uma nova ordem sociopolítica que pretendia constituir uma população bem qualificada, pois essa era efetivamente a condição concreta de possibilidade para a produção da riqueza das nações (BIRMAN, 2007, p.6).

O modelo curativo e hospitalocêntrico, decorrente do biologicismo, envolve, portanto, a pesada indústria farmacêutica, de equipamentos e insumos tecnológicos, gerando, conseqüentemente, lucros e acumulação do capital para o setor.

Partindo de uma discussão de Marilena Chauí (1982), visando à compreensão da origem e os efeitos do prestígio da ciência contemporânea, problematizo a questão da ciência como “modalidade de dominação” no modo de produção capitalista, expressa também na

racionalidade da Biomedicina e no discurso dos profissionais de saúde. Diante disso, é possível considerar, também, a racionalidade biomédica como uma forma de “organização do real”, na qual o “prestígio do conhecimento” torna praticamente invisível a questão do poder implicada nas relações entre profissionais e usuários. Assim, de certa maneira, o homem passa a relacionar-se com a natureza, com sua vida, com seu corpo e com os outros por meio de um modelo médico-científico, sustentado pela visão burguesa do conhecimento, tomada como verdade absoluta.

Um fantástico projeto de intimidação sustenta esse discurso do conhecimento que constrange a maioria a submeter-se às representações do especialista, ou melhor, a interiorizá-las sob pena de não ser ninguém, de perceber-se a si mesmo a-social, desviante ou lixo. (LEFORT¹⁰, 1977, apud CHAÚÍ, 1982, p.51).

Nesse contexto, compreendo que a racionalidade biomédica ou o modelo biomédico, ou ainda a indústria da saúde, podem ser considerados, assim como Chauí afirma, o mesmo que a indústria cultural, a cultura de massa, os meios de comunicação e o desvario da informação representam: “a realização cabal da cultura dominante” (CHAÚÍ, 1982, p.51). O que de certa forma penso é que a construção do modelo biomédico é influenciada por estes fatores e impregnada pela ideologia das elites dominantes.

Para a manutenção dessa forma de produzir cuidados em saúde, que coincide com a reprodução do sistema capitalista, estimula-se o consumo de serviços e equipamentos em saúde, e a medicalização dos problemas sociais da população, que geram dividendos para o setor privado. Em consequência, o mercado de trabalho que se abre ao profissional de saúde exige justamente o que as universidades estão prontamente respondendo, ou seja, a formação de profissionais especializados e tecnicamente competentes, embora alienados de seu processo de trabalho e politicamente frágeis. (PIRES, 2004, p.111) Disso resulta que a educação biomédica atual permanece seguindo os cânones da ciência positiva, em consonância com a ideologia capitalista e, portanto, o modelo de formação profissional em saúde vigente acompanha o paradigma da racionalidade médica hegemônica: é de caráter hospitalocêntrico, estruturado com base nas recomendações do Relatório Flexner¹¹,

¹⁰ LEFORT, C. *Maintenant. Libre*, Paris: Payot, n.1, 1977.

¹¹ O Relatório Flexner constitui-se na centenária proposta de Abraham Flexner (1866-1959), publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, que propunha mudanças radicais nas escolas médicas do Canadá e dos Estados Unidos da América. Suas principais recomendações foram: introdução de critérios mínimos para admissão na escola médica; melhor definição do conteúdo do ensino; cursos com duração de quatro anos, sendo que os primeiros dois anos seriam das ciências básicas e os últimos dois anos de clínica; e mudanças no sistema de financiamento da educação médica (FLEXNER, 1910).

mostrando-se cada vez mais inadequado ao SUS e insuficiente para dar respostas às necessidades e demandas de saúde da população brasileira como um todo.

Os currículos são centrados mais na doença do que na saúde, mais no ensino do que na aprendizagem, mais nos meios de controle da participação social do que na compreensão dos movimentos sociais e das soluções que possam ser construídas na parceria entre estes e as instituições formadoras. Essa proposta educacional, ao utilizar a “pedagogia das certezas” e dos saberes “prefixados”, tem inviabilizado a criatividade, a formação de espíritos crítico-reflexivos e a adoção de novos métodos, além de escamotear as questões sociais. A dificuldade concreta para a educação biomédica no contexto da pós-modernidade, é, portanto, estabelecer uma prática de ensino dinâmica, que refute a pura reprodução e reafirmação de dogmas. Trata-se de ampliar, contestar e aprofundar o conhecimento numa busca de compreensão da complexidade dos fenômenos que envolvem a saúde humana, e não de suas superficiais aparências.

A racionalidade médica hegemônica é presidida por um modelo de racionalidade sustentado pelo pressuposto do dualismo natureza-cultura, que ignora a heterogeneidade das múltiplas modalidades do ser, “tomado em sua totalidade conforme o modelo maquínico e causalista” (PLASTINO, 2001). Neste modelo,

[...] conhecer significa reduzir o complexo à simplicidade de suas determinações, dividindo e classificando para poder estabelecer relações sistemáticas entre o que foi separado. Nesta perspectiva, o conhecimento objetivo e explicativo é o único válido, sendo excluídos o intersubjetivo, o descritivo e o compreensivo (PLASTINO, 2001, p.47).

O entendimento linear da realidade, com a total separação entre ser humano e natureza, constitui o cerne do conhecimento científico moderno. O conhecimento se funda na noção de causalidade, no que é quantificável, mensurado, medido, descrito em minúcias e capturável pelo método.

Essa tendência, levada aos extremos pela ciência, desqualifica tudo o que não cabe em seus pressupostos, descaracterizando outros saberes e práticas, normalizando maneiras de ver e viver em sociedade que são, antes, segundo Martins (2004, p.5), “ficções erguidas para ocultar inseguranças diante da complexidade e instabilidade do real”.

No que se refere ao discurso médico científico, ele não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer, pois a saúde não pode ser traduzida em conceito científico

(CZERESNIA, 2003). Tal racionalidade está fundamentada, principalmente, em Descartes e no empirismo baconiano, condensando-se no positivismo oitocentista (SANTOS, 2001).

A partir de Bacon, o objetivo da ciência tem sido o de um conhecimento que possa ser usado para dominar e controlar a natureza, e hoje tanto a ciência quanto a tecnologia são usadas predominantemente para fins deletérios, nocivos e profundamente antiecológicos. [...] (CAPRA, 1988, p. 183)

Descartes é o principal representante dessa modernidade, construindo o modelo teórico da máquina (BIRMAN, 2007). Definiu o homem separando corpo e alma, o que se articula também com a separação entre paixão e razão. O paradigma epistemológico da natureza, enunciado por Descartes foi estendido, assim, ao homem e transformado em 'paradigma epistemológico' do conhecimento (BIRMAN, 2007). E, como nos lembra Czeresnia (2003), nenhum conhecimento científico é desprovido de valores, de concepções variadas de mundo (ideologia) e “significados culturais”, o que o torna “lacunoso” e muitas vezes voltado para determinados interesses.

Para tentar traduzir os mistérios indecifráveis da natureza, a ciência intervém e destrói, classificando e reduzindo em partes o que só existe enquanto todo articulado e dinâmico. Desconsiderando outras formas de saber, desapegada de maiores subjetividades por acreditar na neutralidade científica e na compulsão sistemática de ordenar o caos, a ciência moderna tem procurado dominar a natureza com seus métodos, leis e procedimentos infalíveis. Assim atuando, mantém-se hegemônica e sustenta dominações espúrias. (PIRES, 2004, p.126)

Por isso, o conhecimento científico deve estar sempre sob suspeita e, por extensão, os conceitos que pretendem dar conta de singularidades.

Pessanha (2001, p.23) chama a atenção para as subjetividades inerentes a qualquer ação de conhecer.

Nenhuma ciência seria capaz de dar conta da singularidade, por mais que se construam novos modelos explicativos – complexos – da realidade. Buscar dar conta da singularidade é estabelecer novas relações entre qualquer conhecimento construído por meio de conceitos e modelos e o acontecimento singular que se pretende explicar. Enfatiza-se aqui a necessidade de redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade.

Uma das razões para o sucesso da ciência moderna é que ela sempre esteve ao lado do capitalismo, fomentando-o e alimentando-o com suas admiráveis e extraordinárias invenções, razão pela qual Santos (2001), citando Prigogine, afirma que a modernidade, o capitalismo e a ciência têm andado de mãos dadas (PRIGOGINE, 1991).

Acerca da 'modernidade', é preciso compreender que as sociedades ocidentais passaram a ser permeadas pelos discursos médicos, os quais passaram a regular desde então todas as

práticas e laços sociais. Assim, a modernidade ocidental implicou uma 'medicalização' do campo social como um todo. Desde então, portanto, nada seria estranho e exterior ao olhar médico, que passou não apenas a interpretar a totalidade dos acontecimentos sociais, mas também a intervir sobre ela. (BIRMAN, 2007, p.4).

(1976) revela este papel disciplinador e de controle que a medicina exerce “sobre as classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”. Ele explica o aparecimento da medicina social a partir das condições de possibilidades externas, situando-a como um dispositivo eminentemente político, que funciona como uma “peça nas relações de poder”. Com efeito, a função higienista desse poder médico é o que lhe assegura a possibilidade de impor ou propor medidas autoritárias, sempre em função do melhor funcionamento do corpo social, tendo em conta a saúde. Na higiene, portanto, estão presentes os aspectos médico e político, de maneira indissociável (MACHADO, 1981). Com base nesta educação higiênica foi constituído um modelo de sociedade e assegurado que a ordem e a moral dominantes não fossem questionadas, de forma a impedir qualquer possibilidade de desvio em relação ao referido modelo (COSTA, 1987).

Santos (1996) parte do princípio de que vivemos num tempo paradoxal em que “nunca foi tão grande a discrepância entre a possibilidade técnica de uma sociedade melhor, mais justa e mais solidária e a sua impossibilidade política”. Para o autor, a industrialização moderna gerou um conhecimento que, baseado no princípio de ordem sobre as coisas, na redução do outro a objeto e no não reconhecimento do outro como sujeito, mostra-se incapaz de perceber a degradação ambiental e da sociedade que a sustenta. A degradação observada da natureza em nome do “progresso”, produzido pela ciência, tem colocado em risco a própria existência humana, expondo uma situação de crise que acaba por denunciar as fragilidades e os limites do paradigma moderno. Segundo Santos (2001) e Plastino (2001), esta crise vivenciada por nossa civilização é tanto profunda como irreversível. De acordo com Plastino (2001), a perspectiva causalista, estreita e reducionista, deverá, portanto, ser substituída pela perspectiva do inter-relacionamento e da implicação mútua. Esta “transição paradigmática” pela qual passa a modernidade, conforme afirma Santos (2001), avançará para o “colapso” do paradigma atual. A substituição deste paradigma se torna, assim, “possível e necessária, em razão da crise da civilização construída a partir dele e por sua incapacidade de incluir saberes e práticas que, embora tendo sua eficiência testada, não podem ser pensados no interior do paradigma falido”. (PLASTINO, 2001, p.89).

Ao considerar que “a crise da ciência é também a crise da epistemologia”, Santos (2001) defende que os problemas sociais são epistemológicos, sendo necessário reafirmar o

“conhecimento-emancipação”. A proposta de Santos é a de construir um paradigma prudente, baseado num conhecimento alternativo solidário, capaz de reconhecer o outro como sujeito, tornando possível uma vida decente. Santos reafirma que o paradigma emergente acentua o caráter dialógico, ou seja, valoriza o reconhecimento, o conhecimento e o diálogo com os sujeitos que se pretende influenciar, entendendo-os como algo em permanente mudança, e essa relação como um processo social interativo, de construção do senso comum emancipatório. Mediante os sinais que evidenciam a crise do paradigma dominante, Santos mostra que a tensão entre “conhecimento-regulação” e “conhecimento-emancipação” representa um espaço de possibilidade para a constituição de novas relações teóricas e sociais.

1.3 A mudança do modelo de atenção: novas perspectivas, novos paradigmas

Em que pese o longo período de duas décadas de existência, verifica-se que no SUS persistem desafios para a materialização de seus princípios doutrinários, dos quais o acesso universal vem apresentando limites como direito efetivo para a maioria dos brasileiros.

Desde a criação do SUS, muitos avanços foram conquistados nos últimos anos pelas gestões municipais, estaduais e federal (BRASIL, 2002b). Mas muito ainda falta fazer para que o sistema seja implantado na sua plenitude, consolidado efetivamente, garantindo o acesso universal preconizado na Constituição da República. Apesar de seu progresso em muitos aspectos, e de seu reconhecimento internacional como excelente modelo de sistema de saúde, graves são os problemas a serem equacionados, principalmente na área de recursos humanos e na qualidade dos serviços. (BRASIL, 2002 b; AROUCA, 2003; PIRES, 2004)

Dos muitos problemas que o SUS vem enfrentando hoje, podemos ver a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; o consumo intensivo e inadequado de tecnologias industriais e de procedimentos médicos; a especialização crescente dos profissionais; a segmentação e impessoalidade da assistência; a desvalorização da relação médico-paciente; o aumento explosivo de custos e gastos em saúde; a iatrogenia crescente; a deseducação sanitária; o desatendimento das necessidades básicas de saúde nos planos individual, familiar e comunitário, e a elitização da atenção à saúde.

[...] historicamente, a saúde pública brasileira se forjou na rigidez cartesiana e positivista da racionalidade moderna, onde a adoção de programas enclausurou-se na própria disciplina que lhes fundaram. A falência desse modelo agoniza na maioria das práticas presentes na rede básica de saúde, que continuam fazendo assistência à saúde de baixa qualidade para população pobre e menos cidadã (PIRES, 2004, p.123).

Hoje o SUS, segundo Merhy (2003), continua sendo um campo de luta pois, antes de ser efetivamente uma política pública, é um campo em que convivem experiências bem sucedidas e outras menos.

O “SUS real”, portanto, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária (FEUERWERKER, 2005). Entre os elementos responsáveis por esta situação, por contribuírem ou dificultarem a mobilização e a aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS, estão “o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde”. (FEUERWERKER, 2005).

Segundo Vasconcelos (1998), vincula-se, freqüentemente, o progresso da assistência à saúde com as inovações tecnológicas, como novos medicamentos, novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas tais como a ressonância magnética, a cirurgia laparoscópica, a engenharia genética, os transplantes etc. Vasconcelos defende que tão importante quanto esta evolução tecnológica é o avanço na definição de modelos de atenção à saúde que sejam compatíveis com a realidade política, econômica e cultural da sociedade, e contribuam para ampliar as condições de saúde de todos os cidadãos, respeitando sua autonomia e sua dignidade (VASCONCELOS, 1998, p.21). Se no Brasil um dos principais problemas da sociedade é a desigualdade e a exclusão social (LESSA *et al*, 1997; MARTINS, 2002) o nosso sistema de saúde, ao se delinear e estabelecer os modos do como fazer, precisa incorporar esses elementos, configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc., para que possa ter eficácia social.

Sá (2005) parte do pressuposto que as próprias condições de funcionamento dos serviços públicos de saúde, e as características do modelo assistencial vigente, impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e à possibilidade de cooperação e desenvolvimento de práticas de saúde solidárias e comprometidas com o cuidado com a vida.

Há, claramente, no contexto da Saúde Pública brasileira, uma intensa busca de novos caminhos e um forte questionamento sobre a eficácia do modelo biomédico tradicional.

A busca por uma mudança no paradigma assistencial em saúde iniciou-se com o movimento da Reforma Sanitária, impulsionada pelas profundas mudanças que vêm ocorrendo na economia e na sociedade, nos valores e hábitos de saúde da população. A referida mudança, como já mencionado anteriormente, em tese, consiste em transcender a abordagem curativa, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades, fundada em processos de trabalhos rigidamente divididos, alienados e na hegemonia do médico sobre a equipe de

saúde (PIRES, 1989; MERHY, 1997). Em seu lugar, propõem-se abordagens interdisciplinares, com resgate da integralidade da atenção, centradas na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde-doença, seja em nível individual ou coletivo.

Entre as iniciativas de mudança no modelo de atenção, o Programa Saúde da Família (PSF), nascido no Brasil em 1994, traz consigo o propósito de se propagar como agente de transformação do modelo tecnoassistencial e é apontado pelo Ministério da Saúde como eixo de reorientação da atenção básica no país, devendo contribuir para a implementação de um novo modelo assistencial, norteado pelo paradigma da promoção da saúde (BRASIL, 2000; 2001a).

O PSF não é considerado mais um simples programa, mas uma estratégia, uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo, com novas dimensões técnica, política e administrativa. Essa proposta se concretiza por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e organização geral dos serviços, possibilitando a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. Se, por um lado, assumiu diretrizes consoantes com o SUS (integralidade, resolutividade e intersetorialidade das ações, trabalho em equipe, vínculo de co-responsabilidade das famílias assistidas e estímulo à participação social), por outro, não consegue se desvencilhar das contradições do próprio SUS, sendo a principal delas a de pretender-se estratégia de mudança num cenário de mercantilização da saúde (PIRES, 2004).

Segundo Pires (2004), no que se refere ao processo de trabalho dos profissionais, por exemplo, a dimensão do trabalho em equipe e a abordagem à família, na perspectiva da integralidade, são aspectos ainda distantes do cotidiano da maioria das Equipes de Saúde da Família. A autora conclui também que “a busca pela interdisciplinaridade dos processos de trabalho, que se interpenetram para conjugar novas abordagens à saúde da população, constituem vivências esporádicas e sem maior expressão no trabalho do PSF no SUS” (PIRES, 2004, p.116). Pires verifica a predominância da “utilização dos clássicos instrumentos da saúde pública autoritária, verticalizada e recortada por programas, a exemplo da educação sanitária em massa, que desconsidera as singularidades dos sujeitos, do controle de endemias, com enfoque epidemiológico estritamente centrado na doença e das “atitudes autoritárias do profissional de saúde, valoradas em concepções higienistas e lineares do processo saúde-doença” (PIRES, 2004, p.116).

No PSF, é ambiciosa a intencionalidade de produzir mudanças. Na prática, entretanto, constata-se que as experiências municipais de implantação e implementação do Programa são

diversificadas e, em muitas dessas situações, configura-se nos moldes de um programa típico de saúde (TRAD, 2003) no qual a gestão tem se encaminhado, comprovadamente, para o afastamento dos princípios que lhe deram origem.

Bettioli (2006), em pesquisa desenvolvida com o objetivo de avaliar a participação popular e a atenção básica nas ações de saúde no âmbito do município de Santa Fé do Sul, demonstra, de forma similar, que o quadro encontrado está distante da missão das equipes de Saúde da Família de "elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença", conforme definição oficial constante na página do Ministério da Saúde relativa ao ano de 2003. A pesquisa mostra também o quão distante é a possibilidade de os conselhos de saúde representarem, de fato, os interesses dos diferentes segmentos da população.

Diferentes estudos, em diversas localidades no Brasil, mostram que a Estratégia de Saúde da Família, apesar dos avanços obtidos, ainda não conseguiu alcançar as expectativas das famílias residentes nas áreas cobertas pelo Programa (TRAD & BASTOS, 1998; GIOVANELLA, ESCOREL & MENDONÇA, 2003). Verifica-se, ainda, fragilidade nos mecanismos gerenciais, de planejamento e regulação do PSF (MARQUES & MENDES, 2003), assim como da atenção básica, como afirmam Favoreto, Daim & Caetano (2003). Favoreto & Camargo Jr. (2002) demonstraram que "os médicos do PSF, a despeito do investimento institucional do programa, convivem com uma prática clínica ainda limitada pela velha dicotomia entre técnica e arte, ou melhor, entre uma prática humanista e um saber biomédico técnico-científico, 'infalível' e 'impessoal'".

Giovanella, Escorel & Mendonça (2003) afirmam, com base em estudo realizado com equipes de Saúde da Família, que a maior parte das famílias atendidas pelo PSF não sabe informar sobre a qualidade das atividades do Programa, o que os leva a concluir que, além das deficiências de planejamento, há problemas na comunicação entre as equipes e os usuários.

Besen et al. (2007) investigaram sobre a Educação e Saúde na proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados mostraram que a ESF não é objeto de educação, e que alguns profissionais desconhecem seus fundamentos, sendo que "a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de Promoção da Saúde da ESF".

A despeito das dificuldades encontradas, inscritas na própria conjuntura da política de saúde brasileira, diversas experiências de gestão municipal conseguiram reordenar seus

sistemas de saúde desde o PSF, tornando-os mais resolutivos, acessíveis e hierarquizados (PIRES, 2004). Os principais ganhos obtidos foram os vínculos estabelecidos entre profissionais de saúde e população, a mobilização das redes de solidariedade local e a forte penetração que o programa consegue obter, adentrando no espaço privado das relações familiares (PIRES, 2004).

A consolidação do PSF ou a sustentação, no futuro, de um novo modelo transformador dependerá da tomada de consciência das dificuldades e das situações-problema identificadas e consensuadas. Requer dos gestores o desencadeamento de um processo de mudança nas instituições e, em particular, nos indivíduos, para que estes assumam o papel de indutores e propulsores na defesa das principais características do PSF em detrimento do modelo hegemônico.

Conforme afirmam Pinheiro & Luz (2003), a possibilidade de constituir esses novos modelos “seguramente dependerá da reorganização das práticas de saúde, o que envolverá elementos da organização histórico-social da produção dos serviços de saúde, sua relação com a demanda e as necessidades da população”, sendo que “tal redimensionamento não se reduz a meros atos técnicos”. (PINHEIRO & LUZ, 2003, p.25)

Ainda segundo Pinheiro & Luz (2003), compreender esse complexo relacional não constitui tarefa fácil.

Envolve um conjunto complexo de valores, representações, padrões culturais e práticas, gerado por vários sujeitos sociais – usuários, profissionais de saúde, agentes governamentais e institucionais – que, interagindo no seu cotidiano, reproduzem mecanismos diferenciados de enfrentamento dos problemas de saúde e doenças a que estão submetidos. (PINHEIRO & LUZ, 2003).

De acordo com Passos (2005), a aposta do SUS é uma aposta crítica aos modelos tradicionais de gestão, centrados nos procedimentos, nos usuários ou nos trabalhadores de saúde. A crítica é à lógica centripetista do modelo biomédico.

Nesta proposta de mudança de modelo de atenção, a alteração da capacidade relacional e comunicacional dos profissionais de saúde é a questão principal (PASSOS, 2005). Segundo Passos (2005), não basta substituir o modelo procedimento-centrado pelo modelo trabalhador-centrado ou pelo modelo usuário-centrado, pois o sistema centrípeto estaria sendo mantido. Quando se muda somente o que está colocado ao centro, não há transformação. “O que muda é apenas o termo que ocupa este centro, seja ele o procedimento, a instituição, o estabelecimento de saúde, o usuário, o trabalhador” (PASSOS, 2005). Desse modo, se a aposta do SUS é uma aposta em um modelo em que a relação vem primeiro que os termos,

não é focado, não tem um centro, aposta mais nas relações, “o que interessa não está comigo, nem com você, mas naquilo que se produz no encontro, na relação” (PASSOS, 2005).

A mudança do modelo tecnoassistencial para um modelo “relacional” implica compreender a complexidade das relações interpessoais e, em especial na saúde, a dinâmica do processo de trabalho que ocorre entre os sujeitos envolvidos.

A aposta de transformação do modelo é a aposta na prática dialogada, relacional, de tal maneira que os três sujeitos – trabalhador, gestor e usuário - fiquem colocados lado a lado, a partir de um método de lateralização. Sem ênfase em nenhum dos termos, a proposta é a de efetivação de um modelo mais rizomático, mais reticular, mais em rede. E é no coletivo que isto se faz. É em práticas de coletivização que se consegue isto (PASSOS, 2005).

Com isso, os modos transformadores de fazer saúde parecem requerer um certo experimentalismo, uma certa capacidade de invenção (PASSOS, 2005).

Há que haver um certo rigor, mas que não se confunde com pré-determinismo, com prescrição. É a partir do que se produz nessa experiência coletiva, que se definem os objetivos e as metas. O rigor metodológico não pressupõe o primado da meta em relação ao caminho. Tradicionalmente, todo rigor metodológico pressupõe uma orientação prescritiva que me permita, de antemão, dizer qual a meta a ser alcançada. E essa meta previamente definida é que orienta o caminhar (PASSOS, 2005, p.2).

A aposta da Reforma Sanitária me parece ser, assim, a de fazer, no caminhar, a construção dos objetivos. Essa inversão metodológica parece ser, então, o principal desafio a ser enfrentado no campo da gestão e do cuidado em saúde: o de produzir um conhecimento que não seja prescritivo. (PASSOS, 2005).

A medicina, portanto, apesar dos progressos introduzidos na sua metodologia de diagnóstico e de tratamento, da forma que está estruturada - como uma ordenadora e disciplinarizadora da aplicação de conhecimentos científicos biomédicos sobre as pessoas que delas necessitam -, não aparenta oferecer condições, isoladamente, de alterar o nível de saúde da população, que depende, em última análise, de muitos outros fatores de ordem social e econômica.

É bem verdade que tais avanços trouxeram e ainda trazem benefícios inestimáveis à população, ampliando a sobrevivência e dominando muitas doenças que anteriormente eram fatais. Contudo, as teorias científicas a respeito dos medicamentos utilizados na atualidade nem sempre apresentam um discurso unificado ou consensual, tão pouco há garantia de “[...] um acordo nas controvérsias sustentadas na multiplicidade de resultados científicos sobre uma mesma substância farmacológica” (NASCIMENTO, 2003). Segundo a autora, a indústria

farmacêutica – uma das mais lucrativas indústrias dos tempos atuais¹² - representa uma ameaça à saúde da população, tornando-se ainda “um peso injustificável na economia do indivíduo e da sociedade”.

A noção de que se possa encontrar saúde em produtos vendidos em drogarias é um engodo: o mito da saúde em pílulas. A medicalização da sociedade, expressão da tendência a se considerar as dificuldades da vida como problemas médicos, solucionáveis através de medicamentos, é um conseqüência deste mito, promovido pela interferência das corporações financeiras e industriais na medicina com o objetivo de lucro. (NASCIMENTO, 2003, p.25)

A pressão da indústria farmacêutica, no sentido do incremento do consumo de medicamentos, tem uma sensível influência sobre a necessidade sanitária de fármacos, “afetando não apenas as políticas públicas, mas também os médicos (com estímulo à prescrição), os usuários (pelo incentivo ao consumo) e os pesquisadores (em decorrência de ser um importante agente financiador na investigação e desenvolvimento de novos fármacos)” (NASCIMENTO, 2003, p.29).

Este ponto de vista é compartilhado também por Luz (1996, p.11) e relaciona-se com o que a autora chama de “cosmovisões”¹³. No caso da medicina ocidental, segundo Luz, a visão cosmológica está ancorada na física clássica newtoniana. Como seu objetivo central é o combate à morte, dedica-se com veemência a pesquisar as drogas - “consideradas aliadas do médico em seu combate” (LUZ, 1996, p.18) -, o que, conseqüentemente, faz com que a indústria farmacêutica seja “ora a lança, ora o escudo da clínica moderna” (LUZ, 1996, p. 18). Por esta razão, ainda de acordo com Luz (1996, p. 19), uma medicina que se baseie em “princípios” ou “leis” de cura, centrada na terapêutica, entendida como restabelecimento da saúde de sujeitos, “não faz mais sentido para o projeto da clínica que se tornou progressivamente hegemônica”. Talvez isso explique os obstáculos encontrados no sistema de saúde para a implantação e expansão de terapêuticas não hegemônicas e sistemas de cura alternativos, sejam eles acadêmicos, tradicionais ou populares, baseados em cosmologias distintas da racionalidade médica ocidental. Dados de pesquisas, evidenciados por Luz (1996), confirmam este fato demonstrando que

[...] tanto a defesa de interesses corporativos como a competição pela clientela, pelo poder junto ao Estado e pelo monopólio do mercado de trabalho da cura são elementos decisivos na guerra que os médicos movem historicamente não apenas contra a homeopatia mas contra

¹² Segundo Nascimento (2003) a Folha de São Paulo de 12/03/2000 publicou que o faturamento dessa indústria ultrapassou, em 1999, o da indústria da informática, e foi quatro vezes mais do que o da indústria de componentes eletroeletrônicos.

¹³ Ao comparar as racionalidades médicas em plano teórico, Luz (1996) constatou que “todo sistema médico complexo enraíza-se em uma cosmovisão”, ou “cosmologia”.

todo sistema de cura alternativo seja ele acadêmico, tradicional ou popular, que emerge na cultura brasileira.(LUZ, 1996, p.35)

Segundo Illich (1981, p. 9),

A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento seja partilhado. Uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar.

Conforme o autor, “a dor, a vida e a morte transformam-se em estímulos à produção de mercadorias”, que passam a sustentar a indústria de cuidados médicos, um dos grandes setores econômicos e de mais rápida expansão (ILLICH, 1981, p. 10).

A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para continuar sendo explorado. (ILLICH, 1981, p. 10).

O mais grave, conforme denuncia Illich (1975), é que este crescente desenvolvimento da medicina não conduzirá necessariamente à desejada melhoria de qualidade de vida, afirmando que o próprio ritual da medicina é o que “alimenta o mito de sua eficácia”, uma vez constatado que:

- 1) Sociedades providas de sistema médico muito caro são impotentes aumentar a esperança de vida, salvo na fase perinatal;*
- 2) O conjunto dos atos médicos é impotente para reduzir a morbidade global;*
- 3) Atos médicos e programas de ação sanitária resultaram em fontes de nova doença: a iatrogênica.* (ILLICH, 1981, p. 14).

Sendo assim, não se pode negar que, apesar de ocupar lugar importante, a ciência, sozinha, com seu discurso dogmático, dicotomizado e fragmentado, não tem todas as respostas, e tem limites para lidar com questões multidimensionais como a saúde.

Já sabemos, pela experiência divulgada dos países ricos de otimizar seus serviços e recursos, adotando novos modelos assistenciais, que a resolução dos problemas relacionados com a saúde individual e coletiva não reside na adoção de um maior controle administrativo, aliado à injeção de maiores recursos para financiar os programas sociais. Portanto, a crise da medicina contemporânea não parece estar atribuída somente a questões administrativas ou financeiras, mas principalmente à inadequação do modelo biomédico vigente, centrado numa definição limitada de saúde e de doença (FEUERWERKER, 2005) e produzido pela própria subjetivação capitalística (GUATTARI & ROLNIK, 2000), ocupando uma posição de reforço dos sistemas de produção da subjetividade dominante. Para lidar com saúde, então, se faz

necessária uma abordagem integral e intersetorial, pois sua dimensão é bastante ampla: “ao considerar-se saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida” (CZERESNIA, 2003).

Nesse sentido, dentro do contexto atual, e da necessidade apontada de se superar a crise na saúde, uma questão que se coloca é a limitação e as possibilidades da abordagem curativa e do saber/prática biomédico contemporâneo (clínico-epidemiológico) em promover o crescimento da autonomia dos sujeitos em relação à saúde.

Quando o foco da atenção se desloca da doença para a saúde das pessoas, cabe ao profissional de saúde não só conhecer bem as doenças e seus mecanismos para tratá-los, mas principalmente apreender o arsenal de conhecimentos necessários para favorecer as condições de promoção e manutenção da saúde, compreender o outro e as formas de se aproximar dele. É necessário integrar a subjetividade e os determinantes sociais, com os conhecimentos objetivos necessários às intervenções em problemas concretos do adoecer, do “saber fazer saúde” e do gerir os processos de trabalho em saúde, reconhecendo a inseparabilidade dos modos de cuidar, de atender, dos modos de gerir.

Nas palavras de Franco e Merhy (2003, p.115), é preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência.

[...] é necessário um conteúdo novo, substantivo, que penetre de forma aguda nos valores e comportamentos presentes nos profissionais de saúde, especialmente do médico. Os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços [...] uma nova subjetividade entre os trabalhadores [...].(FRANCO & MERHY, 2003, p.83).

A literatura aborda a discussão de que a atenção primária em saúde seria um *locus* privilegiado para se desencadarem tais mudanças. Merhy (2002) faz uma análise profunda sobre a rede básica de saúde e seu potencial de funcionar como ponto estratégico para mudar a forma com que serviços e práticas se organizam para assistir à saúde da população. O autor aborda a especificidade da rede básica como um lugar profícuo para se operarem mudanças no modelo assistencial, defendendo que, diferentemente do hospital, ocorrem possibilidades de menor aprisionamento das práticas em saúde, que podem abrir-se a diversas alternativas.

A reorientação do modelo assistencial está relacionada, entre outros aspectos, com a concepção ampliada de saúde da qual falamos anteriormente e com uma maior abertura dos

serviços à concepção popular de saúde. Daí a importância da valorização do conhecimento local e do estabelecimento de uma relação dialógica entre a própria equipe de saúde e da equipe com a população.

Pelo que tem sido demonstrado na literatura, propostas de trabalho em grupo, como, por exemplo, a do Grupo Sol e a Terapia Comunitária¹⁴, prática descrita mais adiante neste trabalho, abarcam o potencial de construir novos sentidos de saúde, facilitar a compreensão da realidade de saúde das populações e, nesse sentido, podem possibilitar a redução dos desencontros entre profissionais de saúde, paciente e serviço, assim como entre profissionais de saúde e serviços, além de propiciar o fortalecimento da construção de sujeitos políticos individuais e coletivos rumo à mudança do projeto de sociedade.

¹⁴ A Terapia Comunitária (BARRETO, 2005), é um espaço de conversa, onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, mobilizando recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades e permitindo a construção de redes sociais solidárias, de promoção da vida. Constitui-se um trabalho preventivo na área da saúde mental, cujo modelo vem sendo desenvolvido há 20 anos pelo Dr. Adalberto de Paula Barreto, professor da Universidade Federal do Ceará.

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Fernando Pessoa

CAPÍTULO 2

CONCEPÇÕES QUE SUSTENTAM A EXPERIÊNCIA DO GRUPO SOL

O que se configura neste trabalho pode ser sumarizado da seguinte forma: há uma experiência concreta que, em si, é teórica. Ou seja, constatei que a prática observada era grávida de conceitos teóricos que foram se revelando à medida que as atividades eram desenvolvidas e por mim registradas; surgiam formulações conceituais, diretamente do refletido com base na experiência, que pareciam dialogar com as formulações teóricas cunhadas pelo saber constituído. Do material empírico - as falas das mulheres e da coordenadora sobre suas vivências no grupo - confirmavam-se essas formulações às quais se juntavam conceitos previamente escolhidos e construídos na leitura e interpretação deste material. Desse modo, foram se delineando as concepções teóricas que serviram de referência para analisar esse material: os conceitos de educação e saúde, trabalho educativo e promoção da saúde, neste último incluindo seus desdobramentos, autonomia e empoderamento.

Constatedei, também, durante a observação das atividades, que o método criado pela coordenadora do grupo reflete uma concepção de saúde que corresponde ao conceito ampliado de saúde, e se mostra impregnado de elementos da pedagogia de Paulo Freire (FREIRE, 2005), mais especificamente o que se refere à educação popular, elementos da Teoria Geral dos Sistemas, e da Teoria de Apoio Social. Sustenta-se, portanto, mesmo que não declarado pela coordenadora, neste quadro teórico-conceitual, que ora apresento e aprofundo.

2.1 Conceito “ampliado” de saúde

A vida, a saúde e a doença são fenômenos complexos que só podem ser compreendidos por meio de teorias que levem em conta o ser biológico, histórico, psíquico, mental, social, cultural e ecológico que é o ser humano. São muitos os determinantes, sendo múltiplos também os seus efeitos, o que torna o campo da saúde uma realidade complexa e heterogênea, onde convivem diferentes práticas, diferentes valores e diferentes atores. Nesse sentido, a saúde traz à tona problemas que desafiam a metodologia científica da racionalidade moderna, e só pode ser explicada por conteúdos transdisciplinares.

Na busca de condições adequadas de vida e saúde para a população brasileira como um todo, têm-se pensado alternativas, organizado e implantado reformas e revisto paradigmas e princípios. No desafio de transformar o modo de se “fazer saúde” no Brasil, em que o processo saúde/doença é tido basicamente como um fenômeno individual, centrado no corpo biológico e fundamentado na doença, tendo “a doença como objeto do processo de trabalho em saúde e o lucro decorrentes dela a finalidade desse processo” (PEREIRA, 2001), a aplicação dos princípios que norteiam o SUS tem sido de difícil execução, principalmente o da integralidade (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004). Segundo os autores, a chave para a garantia deste princípio está relacionada à ampliação do conceito de saúde.

Após a Segunda Guerra Mundial, quando foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e, posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ou World Health Organization (WHO), foi definido o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1960). Esta definição, largamente difundida, e amplamente criticada, tem defensores entre profissionais da área e também no meio acadêmico, de acordo com Almeida-Filho & Jucá (2002), é da ordem do controle sobre os corpos. Segundo Canguilhem (2005)“ [...] Esse discurso é o da higiene, disciplina médica tradicional, doravante recuperada e travestida de uma ambição sócio-político-médica de regulamentar a vida dos indivíduos”. Vem de encontro a uma visão de Produção Social da Saúde e do Modelo Ideal de Saúde propostos pela OMS no ano de 1998, no movimento denominado Promoção da Saúde, cuja intenção era a de superar essa idealização do completo bem-estar físico e mental (WHO, 1998).

O Modelo Ideal de Saúde supõe que ela é determinada e condicionada por vários fatores inter-relacionados de ordem social, física, intelectual, espiritual e emocional, de modo a

permitir o equilíbrio (como em Hipócrates¹⁵) e o alcance de uma vida feliz (como em Aristóteles¹⁶ e Espinosa¹⁷). Já o modelo da Produção Social da Saúde afirma que a condição ou estado de saúde advém das relações que se estabelecem no meio social, político, econômico e cultural (MENDES, 1996). É possível observar a presença de um pensamento coletivo, de uma dimensão mais social, de uma percepção não só física do corpo, mas a visão de um todo (e não de partes fragmentadas), que evoca os referenciais do pensamento sistêmico (VASCONCELOS, 2003), uma compreensão de que os seres vivos são aqueles capazes de se auto-organizar (ATLAN, 1992), ou de se organizar de forma autopoietica (MATURANA & VARELA, 1984), ou seja, de produzirem-se continuamente a si mesmos, de acordo com uma íntima interação com o exterior (ambiente).

A Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (BERTALANFFY, 1977) e a Teoria Autopoietica de Maturana e Varela (MATURANA & VARELA, 1984) são exemplos de teorias sistêmicas, incluindo aí as concepções de Edgar Morin, que em grande parte foram construídas e fundamentadas com base no pensamento sistêmico de Bertalanffy.

Autopoiese significa autocriação, autoprodução. A Teoria Autopoietica de Maturana e Varela considera que a conservação da organização de um sistema vivo, estruturalmente acoplado ao meio onde existe, é condição *sine qua non* de sua existência, ou seja, “um sistema dinâmico, determinado estruturalmente existe somente enquanto sua dinâmica estrutural aconteça com conservação de sua organização” (MATURANA, 1998, p.35). Para Maturana e Varela (MATURANA & VARELA, 1995), é a organização autopoietica que define o ser vivo como unidade sistêmica a partir das operações que estabelece, inclusive, criando os seus próprios limites mediante processo autopoietico e por meio do qual produz continuamente a si mesmo. Para Maturana (1998), o ser vivo é um sistema dinâmico aberto que, enquanto mantém sua organização viva, está em contínua mudança de estado. Essa mudança ocorre na estrutura do sistema vivo em função de suas interações como o meio no qual está inserido. Um aspecto importante dessa teoria, para os campos da saúde e da educação, é o reconhecimento de que, como seres vivos, possuímos uma determinada estrutura-padrão que

¹⁵ VOLICH, R.M. *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. 3a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

¹⁶ ARISTÓTELES. *Tópicos*. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim da versão inglesa de W. A. Pickard. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Col. Os Pensadores).

¹⁷ ESPINOSA, B. *Ética*. In: _____. *Pensamentos metafísicos...* São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Col. Os Pensadores).

está sempre em contínua mudança, cuja direção depende das contingências das interações desenvolvidas com o meio no qual está inserida. Essa teoria reconhece que o organismo vivo e o meio onde está inserido mudam, necessariamente, de maneira congruente, e se esse meio é um outro ser humano, então ambos mudam sempre junto ao participarem de um processo de interações recorrentes, onde ambos se adaptam às mudanças um do outro e, assim, vão se transformando sucessivamente.

Dessa forma, concordo com Vasconcellos (2002) e reconheço que o pensamento sistêmico implica uma epistemologia sistêmica e reforça a compreensão da existência de um mundo físico como uma rede de relações e conexões, traduzindo um pensamento em rede. Saliento, assim, que esta constitui-se um metáfora importante no campo da saúde, porque pode esclarecer como as coisas, os eventos e os processos se relacionam (CAPRA, 1997). Diante disso, uma concepção sistêmica - que enfatiza a integração dos determinantes que se somam de um ponto de vista mais global, mais holístico, mais dinâmico - revela-se muito mais fecunda para a compreensão do processo saúde-doença que aquelas concepções que sustentam a racionalidade médica ocidental.

Segundo Scliar (2007), o conceito da OMS acarretou críticas de natureza técnica (“a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde”) e política (“o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde”).

No Brasil, a Constituição da República de 1988 reconheceu, no Artigo 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, 1988). Nossa Constituição, sem discutir ou aprofundar o conceito de saúde, cria o princípio que norteia o SUS.

A proposta da Reforma Sanitária parte de um entendimento mais amplo do conceito de saúde, reconhecendo que a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas, ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde (MENDES, 1986).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em dezembro de 2003, deliberou sobre o conceito ampliado de saúde, elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que definia a saúde como “[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer,

liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4). Essa definição envolve o reconhecimento do ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida.

Mais que isso, o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento, refletindo as suas condições objetivas de vida, que têm sua origem num patamar transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos.[...] Falar de saúde implica, portanto, uma indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer, esporte, terra e transporte. Saúde será a resultante da ação articulada desses diferentes setores e o eixo integrador dos setores sociais com as políticas econômicas (MENDES, 1986, p.85).

Esse conceito de saúde tem sido caracterizado como um ‘conceito ampliado’, pois considera a saúde como algo além da ausência de doença, permite que outras racionalidades sejam incluídas como possibilidade de enfrentamento dos problemas. Incorpora também a idéia de que uma situação de vida saudável não se adquire somente com a garantia do acesso aos serviços de saúde, conforme noção predominante no senso comum e em muitos profissionais. Essa noção é confirmada por Scliar (2007), quando enfatiza que as ações produzidas pelos serviços de saúde não resultam necessariamente, de modo direto e mecânico, em ‘saúde’. Conforme o autor, “[...] embora indispensáveis para produzir conforto, controlar a dor e reduzir o sofrimento, os serviços teriam um papel apenas modesto na produção de melhores níveis de saúde”.(SCLIAR, 2007).

Minayo (1994) também amplia a noção de saúde, incluindo as dimensões individuais e coletivas do ‘processo saúde-doença’, considerando que “saúde é um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente”. Nesta concepção estão incluídos não apenas aspectos biológicos, mas as condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, vindo ao encontro, também, da visão de Produção Social da Saúde e do Modelo Ideal de Saúde, descritos anteriormente.

Vários foram os autores que busquei para a construção de um conceito de saúde mais abrangente e ampliado que responda melhor às necessidades e demandas do momento. Recorri a Espinoza (1973), que no século XVII, propunha uma concepção de saúde ligada à potência de agir; a Nietzsche (2000), que no século XIX, propunha o que chamara de ‘a grande saúde’; a Canguilhem (1995), que, neste mesmo sentido, no século XX, fez uma crítica à normalidade e à patologia, propondo um novo conceito de saúde, baseado na idéia de uma “plasticidade” e “capacidade normativa singular”.

Nogueira (2006), com seu posicionamento existencial da saúde, postula que a saúde é algo que compõe a compreensão do ser no mundo. Ou seja, o que está em questão é o modo de ser-no-mundo do sujeito, sua “existência como ser-para-a-morte”. Sendo assim, só é possível ter um acesso existencial adequado à saúde quando o indivíduo a toma como a “sua própria saúde”, e não como aquilo que é observado nos outros.

Minha saúde, mesmo quando ainda não sei o que é, posso ver que está entranhada naquilo que compreendo como minha existência. Compreender minha saúde é compreender a mim mesmo como estando num jogo existencial, que inclui o tempo e a história, o que posso ser no mundo e abarca a perspectiva angustiante da morte.” (NOGUEIRA, 2006, p.4)

Espinoza (1973), filósofo que viveu na época de Descartes, apresenta uma visão do ser humano como uma unidade somatopsíquica, composta de multiplicidades. Para ele, a saúde seria vista a partir da idéia da ‘potência de agir e de pensar’ do sujeito. Na idéia de ‘potência de agir’ o filósofo inclui o ato de pensar, uma vez que corpo e mente são vistos como aspectos de nossa unicidade. O adoecimento estaria ligado a uma baixa de vitalização ou da potência de vida do sujeito. Para Espinoza (1973) a terapêutica consistiria basicamente em (a) estarmos aptos a perceber como se dá nosso funcionamento afetivo; (b) selecionarmos nossos encontros (com pessoas, coisas, eventos, alimentos etc.), favorecendo aqueles que nos trazem afetos ativos; (c) no caso dos maus encontros (pois, em algum grau, são inevitáveis), tratarmos de transformar os afetos passivos e sentidos em afetos ativos. Selecionar os encontros quer dizer buscar construir um ambiente físico e psíquico que nos favoreça o crescimento e a realização interna, utilizando as vicissitudes encontradas pelo “caminho” como material de crescimento, enriquecimento e fortalecimento.

Esta concepção de saúde também se aproxima do que Nietzsche chamara de “a grande saúde” (2000). Refere-se a uma concepção de saúde que engloba inclusive os momentos de enfermidade, “consistindo na força plástica que nos permite ter potência de vida mesmo quando enfraquecidos em algum aspecto” (MARTINS, 2004). Não se trata de um ideal de perfeição, irreal portanto.

Nietzsche (1974) demonstra que o sentido das coisas depende das forças que delas se apropriam.

Em qualquer ponto da história de um sistema, existem vários pontos de instabilidade, que são caminhos disponíveis para seu curso futuro. A seleção deste caminho é imprevisível para o observador, não pode ser controlada e combina repetição e acaso. (VAN BALEN, 1999).

Para Nietzsche o papel da filosofia é o de interpretar e avaliar constantemente os fenômenos. Para ele, filosofar é um ato que se imbrica na vida, constituindo-se em um exercício de liberdade. E a interpretação seria, para ele, a determinação do sentido do fenômeno. Com base nessa perspectiva, cada acontecimento, cada palavra, cada fenômeno, cada pensamento tem um sentido múltiplo, sendo o sentido dependente das forças que se apropriam das coisas. Dessa forma, o mesmo objeto ou o mesmo acontecimento, pode mudar de sentido, dependendo do jogo de forças envolvido. (VAN BALEN, 1999).

Nietzsche se opõe à supressão das diferenças e à padronização de valores. Alega que, com o argumento da universalidade, muitos conseguem impor, de forma totalitária, seus interesses particulares, transformando pessoas em peças anônimas de uma engrenagem global. Sem poupar as certezas estabelecidas, tenta em sua filosofia estabelecer uma combinação paradoxal de elementos antagônicos: sombra e luz, agonia e êxtase, gravidade e leveza. A noção de cultura trazida por Nietzsche pressupõe o confronto com a ausência de um fundamento fixo e uma outra compreensão do tempo: a de não linearidade do tempo-presente. A vida enquanto devir e jogo de forças pressupõe outra idéia de temporalidade.

Georges Canguilhem (1995), médico e filósofo, desenvolveu sua tese de Doutorado em Medicina, com o seu célebre trabalho chamado “O normal e o patológico”, tendo como ponto de partida de sua análise as frases de Leriche: “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” e “a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer” (LERICHE, 1936, *apud* CANGUILHEM, 1995). Em outros termos, o autor defendia que a saúde é a inconsciência do corpo, sendo a sua consciência despertada pela doença, seus sofrimentos e suas dores. Essa idéia faz com que a doença passe a ser vista como uma experiência de inovação positiva do ser vivo; como uma nova dimensão da vida, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo (CANGUILHEM, 1995). Traz ainda conseqüências para a delimitação da fronteira entre o normal e o patológico, acarretando uma imprecisão quanto a esses limites. Sugere, portanto, que a doença é um processo individualizado, tendo em vista que o normal não tem um conteúdo rígido, indiferentemente aplicado a todo e qualquer indivíduo (CANGUILHEM, 1995).

O autor afirma que:

[...] A saúde, como expressão do corpo produzido, é uma garantia vivida em duplo sentido: garantia contra o risco e audácia para corrê-lo. (CANGUILHEM, 2005, p.43)

[...] A verdade de meu corpo, sua própria constituição ou sua autenticidade de existência, não é uma idéia suscetível de representação [...].(p.45)

As doenças dos homens não são somente limitações de seu poder físico, são dramas de sua história. A vida humana é uma existência, um ser-aí para um devir não preordenado, na

obsessão de seu fim. Portanto, o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo. Sob esse aspecto, a saúde não é de modo algum uma exigência de uma ordem econômica a ser valorizada no enquadramento de uma legislação, ela é a unidade espontânea das condições de exercício da vida. (p.63)

Na tentativa de compreender o papel e o sentido da doença na experiência humana, o autor ainda afirma que:

As doenças são crises do crescimento em direção à forma e à estrutura adultas do órgão, crises da maturação das funções de autoconservação interna e de adaptação às solicitações externas. Elas são também crises no esforço empreendido para nivelar um modelo na ordem das atividades escolhidas ou impostas e, no melhor dos casos, para defender valores ou razões de viver.(CANGUILHEM, 2005, p.32).

Para Canguilhem estar saudável é ter capacidade para incorporar normas diferentes das até então vigentes, sem perder a capacidade de ação. Ou seja, podemos estar fora da média e dos ideais culturais de saúde, porém capazes e ativos. O que o autor postula é que é possível estar enfermo e, ao mesmo tempo, ser capaz de realizar determinadas atividades, sendo saudável em diversos outros aspectos da vida cotidiana. Dessa forma, o autor coloca o médico como alguém que pode auxiliar o doente em sua busca de sentido para o conjunto de sintomas que ele está vivenciando e que não consegue sozinho decifrar. (CANGUILHEM, 1995).

A saúde, vista então como a capacidade de romper normas e instituir novas normas, é um dos principais conceitos que está implícito na prática desenvolvida pelo Grupo Sol. Esse conceito, assim como no pensamento sistêmico, enfatiza a diversidade, a multiplicidade, a capacidade criativa dos seres vivos, e por isso, pode indicar novos caminhos, pois supera a tendência a homogeneizar, a reduzir ou suprimir as ambivalências, os múltiplos significados das doenças e da vida.

2.2 Educação popular

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

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

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

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

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

*Como posso dialogar se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho?
A auto-suficiência é incompatível com o diálogo [...]*

[...] Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Não há também diálogo, se não houver uma intensa fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de Ser Mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens (FREIRE, 1984)

A Educação Popular surgiu como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, no contexto de um Estado autoritário, dominante e excludente, em que era preciso fazer surgir uma alternativa de mudança, tendo como agentes os intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica (VASCONCELOS, 2004). Paulo Freire, na busca da emancipação social, cultural e política das classes menos favorecidas, foi quem iniciou o trabalho de sistematização teórica da Educação Popular, com seu livro “Pedagogia do oprimido” (FREIRE, 2002). Os princípios da educação popular estão, portanto, relacionados à mudança da realidade opressora, o reconhecimento, a valorização e a emancipação dos diversos sujeitos individuais e coletivos. A essência da pedagogia freireana está no “educar para transformar”. Ou seja, a educação para Freire é uma ferramenta de mudança social e um agente importante nos processos de conscientização e libertação do indivíduo e da sociedade, podendo transformar pessoas para se engajarem na tarefa de transformar o mundo. Seu objetivo principal é o protagonismo social, ou seja, o desenvolvimento do pensamento crítico e a conscientização do povo como protagonista de sua história e como autor de sua inclusão. Freire defende um sistema de educação que enfatiza o aprendizado como uma ação de cultura e liberdade, sendo um processo interativo entre professor-aluno e aluno-professor, em que ambos aprendem.

Freire (2000) considera que o homem é um ser de relações e não um ser de contatos, e não apenas está no mundo, mas está com o mundo. Para Freire (1979), “o homem ao saber-se inacabado, vive na constante busca de ser mais, de transcender, e o amor é condição para que isso aconteça”. Parte do princípio que o homem, como ser racional, constrói, na sua trajetória de vida, sua visão de mundo na relação com o meio, e é capaz de transformar-se, transformando sua realidade social. Nesse sentido, tanto a construção dos conceitos sobre a natureza e as coisas quanto às ações que o homem pratica não são neutras porque sofrem influência do contexto sociocultural e histórico, e vão conformando seu lugar e seu papel na complexa rede de relações sociais da qual faz parte. Essas relações, portanto, determinam o modo como se concebem, em diferentes momentos históricos e diferentes contextos, a saúde, as formas de atenção e de cuidado e as ações educativas, entre outras práticas sociais. Dessa

concepção de homem resulta compreender de que é na relação entre os homens e deles com a natureza que se constrói o conhecimento. E esse processo mantém-se em constante alteração e em permanente movimento, estando permeado por saltos, rupturas, desequilíbrios e reconstruções, propiciando a criação e a recriação de novas estruturas cognitivas e novos significados para os objetos de conhecimento.

O empoderamento foi uma das expressões ricamente definidas pelo educador. Para Freire, a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer, num movimento que ocorre não de fora para dentro, mas sim internamente, pela conquista.

A metodologia usada por Paulo Freire é dialógica e se dá de dentro para fora (FREIRE, 1993). O comportamento dialógico consiste, assim, na possibilidade de os membros de uma relação se conhecerem como influenciadores mútuos, condição esta que prevê, segundo um outro autor, Martin Buber, “que cada um dos dois se torna consciente do outro de tal forma que precisamente por isso assume para com ele que não o considere e não o trate como seu objeto, mas como seu parceiro num acontecimento da vida” (BUBER, 1982, p. 137, 138).

Os “círculos de cultura” realizados por Freire ocorriam a partir da “leitura de mundo” dos envolvidos, por meio do próprio trabalho. Seu método tem como elemento fundamental tomar como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. Essa valorização do saber e dos valores do educando permitem que ele se sinta "em casa" e mantenha sua iniciativa (VASCONCELOS, 2004). Trata-se, portanto, de um processo pedagógico que abre mão da passividade usual dos processos tradicionais, envolvendo “a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários a sua superação” (VASCONCELOS, 2004, p.1). A ênfase não é no processo de transmissão de conhecimento, mas na problematização, em discussões abertas, das questões que incomodam e oprimem. E, a partir desse diálogo, as soluções vão sendo delineadas. Para Freire, a educação deve permitir ao educando ficar mais sabido, não só para ter saber, mas para usar este saber para tornar a sua vida e a dos outros melhor (VASCONCELOS, 2001).

Apesar de, muitas vezes, partir da busca de soluções para problemas específicos e localizados, o faz a partir da perspectiva de que a atuação na microcapilaridade da vida social é uma estratégia de desfazer os mecanismos de cumplicidade, apoio e aliança, os micropoderes, que sustentam as grandes estruturas de dominação política e econômica da

sociedade. Está, pois, engajada na construção política da superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a vida na nossa sociedade. (VASCONCELOS, 2004, p.2).

A Educação Popular é, assim, um modo dos professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros, atuarem junto às categorias de sujeitos subalternos, no trabalho político de abrir caminhos para a garantia de seus direitos e para a conquista de liberdade (BRANDÃO, 1982). Ela busca fomentar “[...] formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento”, sendo “[...] uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social” (VASCONCELOS, 2004).

Segundo Gadotti (2007), os conceitos da educação popular, hoje, podem ser aplicados em qualquer lugar. Weffort (1984), no prefácio de *Educação como prática de liberdade* afirma que “Uma pedagogia da liberdade pode ajudar uma política popular, pois a conscientização significa abertura à compreensão das estruturas sociais como modos de dominação e violência [...]”. (p.15)

2.3 Teoria Geral dos Sistemas

A abordagem sistêmica perpassa todas as concepções descritas anteriormente. Ela se torna importante nesse estudo porque permite a criação de um contexto favorável para que se amplie a visão sobre a natureza e a solução de problemas em saúde. Ao valorizar os contextos social e cultural, integrando-os na resolução dos problemas familiares e comunitários, o indivíduo é visto como parte de um complexo em que cada membro influi e é influenciado por outro, em um interjogo relacional, cujas ações são complementares.

A Teoria Geral dos Sistemas foi elaborada e sistematizada por Bertalanffy (1977), a partir da década de 20, e postulava que, em todas as manifestações da natureza física ou humana encontraríamos uma organização sistêmica, o que pressupõe não apenas um aglomerado de partes e sim um conjunto integrado com base em suas interações. Definiu “sistema” como “um complexo de elementos em interação”, ou qualquer unidade estruturada através de retroalimentação (*feedback*) e círculo de interação. Segundo o autor, os sistemas buscam relações com outros sistemas/subsistemas/supra-sistemas, e estão constantemente em mútua inter-relação, influenciando e sendo influenciados, de modo ativo e reativo. Os acontecimentos que envolvem a vida cotidiana não seriam explicáveis pela referência casual ou em função de decisões e ações individuais, mas em decorrência da ação dos sistemas

sócio-culturais em interação, sejam eles preconceitos, ideologias, grupo de pressão, tendências sociais, ciclo civilizatório e outros.

A idéia revolucionária de que os efeitos podem ser retro alimentadores de suas supostas causas dentro de um sistema e de que observadores podem modificar pela via interativa o que estão a observar, criou um novo marco epistemológico nos estudos da física, química, biologia e ciências humanas. A mudança fundamental proposta pela Teoria Sistêmica diz respeito à substituição do modelo linear de pensamento científico (padrão causa-efeito) pelo modelo circular (padrão interativo), a forma como a experiência humana se concretiza, e que não pode ser dividida em partes nem reduzida a nenhuma delas, conformando um complexo de interações.

A Teoria Sistêmica, por definição interdisciplinar, abriu uma possibilidade de comunicação entre disciplinas que estavam isoladas e encapsuladas em seus universos referenciais. A família e a comunidade são vistas como exemplo de um sistema (RAPIZO, 1998), que obedecem aos seguintes princípios:

1) Circularidade/ causalidade circular/ retroalimentação – Os membros de um sistema formam um circuito de interação e nenhum dos membros possui poder isolado ou unidirecional sobre os demais integrantes do sistema. O comportamento de um indivíduo não é considerado simplesmente como a causa do comportamento de outro, mas o comportamento de cada indivíduo influencia o de outros, assim como o comportamento de um indivíduo é influenciado pelo demais integrantes do grupo. A retroalimentação (*feedback*) define-se pelo enfoque circular e se baseia na reciprocidade dos fatores casuais. Cada produto (*output*) de um sistema é um novo aporte (*input*) para esse mesmo sistema, com que, inevitavelmente, modifica-o e o transforma. Este conceito tem embutida a noção de co-responsabilidade e traz a noção de que tudo e todos se relacionam, estabelecendo o compromisso pela mudança do conjunto dos elementos, pela transformação do todo sistêmico.

2) Totalidade e não somatividade – um sistema não é entendido como a soma de suas partes; cada parte está relacionada de tal modo com as outras que qualquer alteração em uma delas provoca modificações nas outras, e no sistema total.

3) Padrão de relacionamento/envolvimento na família (modelos repetitivos de interação) e/ou na comunidade – Refere-se ao estilo de interação familiar/comunitária, em que os limites são difusos, havendo interferência significativa de um subsistema familiar/comunitário sobre o outro, e os padrões de comportamentos permitidos são definidos ao longo das relações.

4) Relação dos sistemas, com os subsistemas e supra-sistemas – Os diferentes componentes familiares podem ser considerados como subsistemas do sistema familiar, a exemplo de alianças formadas entre marido/mulher, mãe/filho, pai/filha etc. A comunidade pode ser considerada como supra-sistema em relação ao sistema familiar. Cada indivíduo pode pertencer simultaneamente a diversos subsistemas, sistemas e supra-sistemas, dependendo do contexto de relacionamento em que esteja inserido, em um determinado momento.

5) A estabilidade e a mudança são condições indispensáveis à existência da vida e sua alternância é fator predisponente para o estado de saúde dos organismos biológicos e sociais. Todo sistema tende ao equilíbrio como forma de manter sua existência.

A visão antroposociológica de Edgar Morin contribui também para nos aproximarmos dessas concepções que vêem o homem em sua complexidade, de forma integral.

Temos que destruir a muralha chinesa que separa a antropossociologia do continente da vida, mas esta abertura deve salvaguardar a originalidade, a irreduzibilidade, a especificidade antropossocial ao mesmo tempo em que a afunda, a enraíza e a alimenta de vida [...] Abrir a antropossociologia à vida é reconhecer a plena realidade do homem. É romper com a visão idealista de um homem sobrenatural. É romper com a visão disjuntiva na qual o homem depende da vida unicamente pelos genes e corpo, enquanto o espírito e a sociedade escapam a esta. Como temos dito uma vez ou outra, é nosso ser por inteiro que é vivente - corpo e alma -, é a natureza de nossa sociedade humana a que depende da auto (geno-feno)-eco-re-organização. Abrir a antropossociologia à vida é abri-la também a nossas vidas [...] Abrir a antropossociologia é, ao mesmo tempo, dar-lhe um fundamento de complexidade. (MORIN, 1986, p.52)

2.4 Teoria do Apoio social

O fenômeno sofrimento difuso, nomeado pelo pesquisador Victor Valla (VALLA, 2001), é definido como a expressão de um sofrimento que não tem substrato orgânico e que estaria vinculado a fatores psíquicos e sociais. Aparecem como queixas somáticas, tais como dores de cabeça, dores no corpo, insônia e sintomas gástricos, entre outros.

Mais da metade da clientela que procura os serviços ambulatoriais apresenta esse tipo de sofrimento difuso, uma vez que, de acordo com os achados de Almeida (1988), esse percentual da clientela extra-hospitalar não apresentava quaisquer tipos de lesão ou disfunções que pudessem ser objetivadas em um diagnóstico clínico. Reconhece-se, portanto, que “existe uma dimensão do sofrimento humano que escapa à tentativa de ser capturada pela ciência ou até mesmo pelo campo da saúde pública” (FONSECA, 2007, p.18,19), indicando, claramente, que há uma zona de sombra e nebulosidade sobre esse problema, ainda pouco explorado no

campo da saúde pública (FONSECA, 2007). Já que a maioria dos tratamentos convencionais não oferece possibilidade de ajuda a esse tipo de sofrimento, apresentado por uma parcela considerável da população assistida nos serviços ambulatoriais, muitos dos que viveram essas experiências tão difíceis e radicais de vida, descobriram que é possível se juntar, se reunir regularmente, e ir trocando experiências a respeito destas trajetórias de reorganização da vida e retomada da saúde (VASCONCELOS, REIS, BRAZ *et al*, 2007). Dessa forma, formam-se então os chamados “grupos de ajuda e suporte mútuos”, organizados pelas próprias pessoas que passaram pela mesma vivência, sejam elas usuárias de serviços, sejam elas familiares. Nesse sentido é que se torna importante aprofundar a Teoria do Apoio Social, conceito de central importância nesse trabalho e que fundamenta também a prática do Grupo Sol.

Segundo Vasconcelos, Reis, Braz *et al* (2007), esses grupos começaram a surgir em 1935, nos Estados Unidos, com os Alcoólicos Anônimos (AA), e sua metodologia foi expandida, mais tarde, para abarcar outros tipos de problemas, resultando nos Neuróticos Anônimos (NA), Psicóticos Anônimos (PA), além de muitos outros grupos voltados para problemas semelhantes. No Brasil, esta experiência foi iniciada em 1978, com a primeira associação de familiares do campo da saúde mental, a SOSINTRA, no Rio de Janeiro (VASCONCELOS, REIS, BRAZ *et al*, 2007).

Segundo Vasconcelos, Reis, Braz *et al* (2007), esses grupos promovem o acolhimento e o apoio emocional dos participantes, fornece esperanças de uma vida melhor e mais ativa, com auto-estima; a oportunidade de fazer criar vínculos de amizade, a troca de informações e experiências em como lidar com os muitos desafios da vida com o transtorno, entre outros benefícios. Os “grupos de ajuda mútua” e os “grupos de suporte mútuo” se assemelham em alguns objetivos. Os “grupos de ajuda mútua” visam trocar experiências e apoio emocional; favorecer a comunicação e a expressão de sentimentos no grupo; valorizar a experiência de vida dos participantes; promover o crescimento pessoal e coletivo sobre como lidar com o transtorno mental no dia-a-dia; desenvolver a autoconfiança, a auto-estima e a esperança no processo de recuperação; estimular o companheirismo e fazer amigos; e desenvolver outras formas de apoio coletivo como suporte-mútuo, defesa de direitos e ativismo social e cultural (VASCONCELOS, REIS, BRAZ *et al*, 2007). Os “grupos de suporte mútuo” objetivam estimular o companheirismo, fazer amigos e superar a solidão e o isolamento social; desenvolver a autoconfiança e a auto-estima na vida social; realizar juntos atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias, de lazer, de reconhecimento e utilização de recursos sociais na comunidade local e na sociedade; e buscar recursos que a rede social

oferece, para a conquista da cidadania enquanto indivíduo e como sociedade (VASCONCELOS, REIS, BRAZ *et al*, 2007). Uma característica comum aos dois tipos de grupo mencionados, segundo Vasconcelos, Reis, Braz *et al* (2007), é a manutenção de relações horizontais entre os membros participantes, em função do tipo de facilitação e coordenação das atividades e reuniões.

A Teoria do Apoio Social (*Social Support*) está na base dessas práticas grupais e foi introduzida no meio científico na década de 1970, nos Estados Unidos. Porém, o seu deslocamento para o campo da saúde coletiva é algo relativamente novo (OMS, 1996; EPP, 1996), porém considerado de suma importância, razão pela qual se delineia um movimento que promove sua inserção nos debates, propostas e ações em saúde pública, como se pode verificar com base na produção acadêmica existente (CASSEL, 1974; GOTTLIEB, 1985; MINKLER, 1992; VALLA, 1999; COSTA, 2002; LACERDA & VALLA, 2003).

Apoio social é definido por Valla (1998) da seguinte maneira:

Qualquer informação, falada ou não, e/ ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras (p. 156).

Conforme nos informam diferentes estudos, as práticas de apoio social estimulam a autonomia dos sujeitos em relação ao processo de saúde e doença, propiciam o controle da própria vida e oferecem benefícios à saúde física e mental, sendo capaz de moderar ou proteger o impacto do *stress* sobre os indivíduos (CASSEL, 1974; MINKLER, 1992; GOTTLIEB, 1985; LACERDA & VALLA, 2003). Uma das principais teorias é que o apoio social aumenta a imunidade do corpo, evitando a suscetibilidade ao adoecimento (CASSEL, 1974; GOTTLIEB, 1985; HUPCEY, 1998). Como o isolamento social e a ausência de vínculos sociais fortes podem ser fatores de risco para o adoecimento, torna-se importante o papel do apoio social na área de promoção à saúde, prevenção à doença e tratamento (PILISUK & MINKLER, 1985).

As teorias de apoio social apontam uma percepção do homem como ser integral, caracterizado por uma “unidade corpo mente”, sustentando que algumas doenças têm sua origem no desequilíbrio emocional. Isto corresponde ao pensamento de Valla (1999) de que “os homens não são apenas ‘corpos’ a serem curados e o estado de saúde deles representa uma relação integrada entre o corpo e a mente” (p. 13) e transcende a visão fragmentada do corpo, que o divide em partes, característica do saber médico contemporâneo. Ao falarmos em

unidade nos referimos a uma integração, em que o corpo não tem mais ou menos importância que a mente, podendo, num nível mais profundo, significar a mesma coisa (KIRMAYER, 1988).

GOTTLIEB (1985) indica, com base em seus estudos epidemiológicos, que o contato social, por meio de grupos de pessoas conhecidas, permite que os indivíduos tenham atitudes mais favoráveis diante de situações de agravo, demonstrando como o vínculo social e o convívio com os grupos de apoio podem representar um aumento de potência para esses indivíduos e comunidades.

De Antoni *et al* (2007) investigaram vinte famílias de baixo nível socioeconômico e com histórico de abuso físico parental, buscando identificar e analisar indicadores de risco e de proteção em famílias denunciadas por abuso físico. Foram identificados como indicadores de proteção de abuso físico parental algumas redes de apoio social e afetiva, a valorização das conquistas e o desejo de melhoria futura. Cerca de 60% das famílias pesquisadas citaram como indicadores de proteção a presença da rede de apoio social. Contudo, em função da diversidade de contextos das pesquisas, a literatura não é capaz de apresentar um consenso que estabeleça com clareza a diferença entre rede de apoio e apoio social.

Uma das principais teorias é que o apoio social aumenta a imunidade do corpo, evitando a suscetibilidade ao adoecimento (CASSEL, 1974; GOTTLIEB, 1985; HUPCEY, 1998).

O conceito de apoio social está também relacionado ao conceito de *empowerment*, ou empoderamento (COSTA, 2002), que é “o processo pelo qual indivíduos, comunidades e organizações ganham controle sobre as suas próprias vidas” (RAPPAPORT, 1984 apud MINKLER, 1992, p. 303), conceito este que será aprofundado no capítulo seguinte. Segundo Minkler (1992), na medida em que os indivíduos e comunidades, por meio do apoio social, passam a experimentar uma sensação de maior poder sobre suas vidas, vivenciam também um aumento da autoconfiança e da capacidade de enfrentar e superar seus problemas, conquistando um estado de maior satisfação com a vida. Com isso, tornam-se capazes de atuar mais efetivamente na direção de transformar suas vidas e os seus ambientes (MINKLER, 1992).

Fica, então, claro que a prática desenvolvida no Grupo Sol reflete o conceito ampliado de saúde, a pedagogia de Paulo Freire, a Teoria Geral dos Sistemas, e a Teoria de Apoio Social, saberes constituídos e fontes nas quais a coordenadora do grupo se inspirou ao construir a experiência.

O bom ouvinte é aquele que, ao falar, abre espaços para que as bolhas de sabão do outro voem livres. Bola vai, bola vem - cresce o amor... Ninguém ganha para que os dois ganhem. E se deseja então que o outro viva sempre, eternamente para que o jogo nunca tenha fim [...]

Rubem Alves

CAPÍTULO 3

EM BUSCA DA SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Considerando a escolha da *sistematização* como método de estudo da prática do Grupo Sol, objeto dessa pesquisa, apresenta-se a seguir o aprofundamento teórico dos conceitos que foram se revelando durante minha participação na experiência, “o que ainda não sabiam que já sabiam” (HOLLIDAY, 1996, p.30), ou seja, a lógica e a teoria implícitas no processo vivido com o grupo.

Início com a configuração do campo - “educação e saúde” - que se tece na relação dialógica entre esses termos, atravessado pela promoção da saúde, campo teórico também abordado no capítulo. No campo da educação e saúde, o trabalho educativo significa a sua concretização, ou seja, aquilo que efetivamente é realizado pela coordenadora com o grupo de mulheres e será sistematizado no quarto capítulo.

Incluo, ao final, a descrição dos procedimentos metodológicos, como uma forma de ser fiel aos passos do processo de sistematização propostos por Holliday, e apresentar a forma como trabalhei os dados empíricos, tais como foram obtidos durante a observação e minha experiência com o grupo. Acrescento que as diversas fases da investigação compõem um

conjunto complexo de informações. Por esse motivo, ao longo do percurso, ocorreram transformações importantes, com sucessivas revisões de forma e conteúdo. Escrever, reescrever, modelar, remodelar, portanto, foram movimentos constantes para que eu conseguisse chegar à composição final desse trabalho.

3.1 Educação e saúde

De acordo com Vasconcelos (1998), *Educação e Saúde* é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica, o pensar e o fazer cotidiano da população. É visto, hoje, como parte fundamental das práticas destinadas à promoção da saúde. Trata-se de uma área de interface, onde estão presentes e dialogam saberes dos campos de conhecimento das ciências sociais e das ciências da saúde (STOTZ, 1989).

Ao fazer um exame crítico da Educação e Saúde no Brasil, durante as últimas décadas, foi possível perceber a dominância de diferentes concepções e práticas, ao longo de nossa história.

Candeias (1997) entende Educação e Saúde como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Segundo a autora, na prática, Educação e Saúde “constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde [...]”, tratando-se, portanto, de uma atividade-meio.

A Educação e Saúde, historicamente, teve sua origem marcada por uma prática e um discurso coercitivos e normativos (SMEKE & OLIVEIRA, 2001; GIORDAN, 2000; FREIRE, 1979; 1996b) acarretando, em decorrência, a adoção de concepções behavioristas e deterministas, em detrimento de uma abordagem da doença mais compreensiva e interpretativa (ALVES & RABELO, 1998). Tradicionalmente, segundo Albuquerque & Stotz (2004), a Educação e Saúde “tem sido um instrumento de dominação, de afirmação de um saber dominante, de responsabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à saúde”, sem ser capaz de construir a integralidade e nem de atuar de forma ampla na promoção da saúde (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004).

Até a década de 1970, Educação e Saúde, por ter sido basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, estava subordinada aos interesses dessas classes e visava a imposição de normas e comportamentos à população, considerados adequados por aquelas elites (VASCONCELLOS, 1998). Isso porque a 'qualidade de vida' da população foi transformada na fonte maior da 'riqueza das nações' (FOUCAULT, 1976). A riqueza de um

Estado estava vinculada à qualidade de vida de seus trabalhadores e não apenas à posse de múltiplos recursos naturais (BIRMAN, 2007). Portanto, as posições assumidas pela Medicina e pela Educação, nesse contexto, foram estratégicas, no sentido de produzir uma população saudável e bem educada, já que isso representava um forte signo de riqueza para o Estado (BIRMAN, 2007).

Para tirar o Brasil do estado de atraso, caberia uma ação técnico-política em favor do povo, doente do corpo e em sua cultura. Discursos e ações para reeducação como retificação moral forjariam um novo trabalhador perfeitamente habilitado às contínuas demandas da modernidade capitalista. [...] Às autoridades públicas caberia a missão de reformatar os pobres em figuras modelares de trabalhadores disciplinados e saudáveis pela erradicação de seus hábitos considerados degradantes. (CASTIEL, 2006, p.84).

As repercussões dessa abordagem podem ser vistas, ainda hoje, no modelo assistencial predominante nos serviços brasileiros, que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico. Baseado em uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença, condiciona a prática educativa a ações que visam modificar as práticas dos indivíduos, consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. As práticas educativas acabam servindo para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde, apesar da intencionalidade expressa de difundir informações visando à melhoria da qualidade de vida.

O propósito da pedagogia da boa higiene, que nasce e cresce em sociedades com demandas de emprego e produção de bens, seria o de se concentrar em um rol de disciplinas que atuassem técnica e moralmente sobre determinados desvios de comportamento vinculados a problemas de higiene e saúde. Tratava-se de um esforço de controle, por parte dos reformadores sociais, e de domesticação das classes miseráveis e incultas. Seria necessária a promoção de mudanças de comportamento no sentido de corrigir atitudes e hábitos socialmente nocivos e de proporcionar uma boa vida, honesta, ordeira, acrítica e saudável. (CASTIEL, 2006, p.87)

Dentro dessa abordagem, a cura e a prevenção configuram-se como estratégias sistematizadas '[...] para responder aos imperativos de uma nova ordem sociopolítica que pretendia constituir uma população bem qualificada, pois essa era efetivamente a condição concreta de possibilidade para a produção da riqueza das nações (BIRMAN, 2007, p.7).

Essa visão está ancorada no "modelo exógeno" do adoecimento, preconizado por Laplantine (1991). Neste modelo, há sempre um agente externo, diretamente responsável pelo desencadeamento da doença, que deve ser combatido como um "inimigo". Ao combater o "inimigo", ocorre a cura. Essa postura acaba por ser legitimada pelos médicos e outros profissionais de saúde, que desenvolvem as práticas educativas muitas vezes alicerçadas nessa

perspectiva: a de adotar um modo de vida adequado para isolar a doença. A intervenção educacional, portanto, sustenta-se na idéia de educar para saúde e na hipótese de que os vários problemas de saúde são resultantes da desinformação e da ignorância da população. Isso suscita, em decorrência, a necessidade de se adotar medidas "corretivas" ou educativas na prática pedagógica em saúde, levando à utilização de estratégias ligadas à idéia de que a apreensão de um saber instituído leva sempre à aquisição de novos comportamentos e práticas. Assim, os comportamentos inadequados, do ponto de vista da promoção da saúde, são explicados como decorrentes de um *déficit* cognitivo e cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior (CASTIEL, 2006). Trata-se de uma educação normativa, uma "ortopedia moral" (CASTIEL, 2006), em que o princípio que está por trás da norma de comportamento é que alguém, além do sujeito, conhece melhor o que é apropriado para ele e para todos, indistintamente (GASTALDO, 1997).

Observa-se, mais recentemente, uma tendência em ampliar os referenciais teóricos colocados à disposição dos educadores. Contudo, a transposição destes elementos para a prática e o fazer pedagógico concretos ainda se mostra insuficiente (SMEKE & OLIVEIRA, 2001).

A dificuldade desta transposição se pauta na permanência, ainda, do modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmente ditas coletivas, como a comunicação de massa. A responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável é transferida às pessoas, a partir do momento que são informadas sobre os riscos de adoecimento. Talvez, os limites dessa transposição sejam decorrentes das dificuldades encontradas de se incorporar, no processo educativo, as histórias de vida, o conjunto de crenças e valores e a própria subjetividade dos sujeitos nele envolvidos, ou seja, de se sustentar sócio-culturalmente as soluções e estratégias criadas (SMEKE & OLIVEIRA, 2001). Ou ainda da compreensão de educação adotada: um ato normativo, no qual a prescrição e a instrumentalização predominam, reduzindo o aprendiz a objeto passivo da intervenção educativa, e quem educa a um mero reprodutor de normas.

As *Diretrizes da Educação para a Saúde* (BRASIL, 1980, p. 370) definem educação e saúde como "uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde". Isto nos indica que o discurso oficial da

Educação em Saúde, em sua proposta, tem claras intenções de reforçar os padrões de saúde concebidos pelo governo para a população.

Documentos do Ministério da Saúde, do período entre 1980 e 1992, mostram que houve, no discurso oficial da Educação e Saúde, uma mudança marcada pela transição de uma perspectiva tradicional, baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária, sofrendo, inclusive, fortes influências do pensamento de Paulo Freire e de sua teoria de educação libertadora. No entanto, vê-se também o aparecimento de um enorme paradoxo: por um lado, observam-se melhorias das condições de saúde da população e o aumento da perspectiva de vida; por outro lado, se desenvolve uma sociedade medicalizada, uma alta tecnologia médica, reducionista, que parece sempre correr atrás de respostas para doenças produzidas pelo modo de organização da vida social (VAITSMAN, 1992). Isto significa dizer que muitos dos projetos de educação e saúde tratam o público alvo como o objeto de transformação, tendo somente os sujeitos como foco de mudança, deixando de lado a necessária reflexão sobre as situações de desigualdade que contribuem para o aparecimento das doenças. Partem do pressuposto que os educandos não conseguem agir como sujeito de sua ação, e não levam em conta o fato, demonstrado no estudo de Uchoa *et al.* (2000), que a aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento.

Esses dois aspectos, entre outros, demonstram, no campo da Educação e Saúde, o quanto as práticas educativas se mostram ineficazes, do ponto de vista de alterar comportamentos, quando se tornam impositivas e, em especial, desconsideram o sujeito da aprendizagem e o quanto de subjetividade existe no modo desses sujeitos verem e representarem o processo saúde-doença.

O estudo de Gazzinelli (2000) demonstra que a doença é manifestada cognitivamente e afetivamente, indicando a importância de as práticas de educação e saúde explorarem a forma como a doença é elaborada culturalmente. Isso para que o educador em saúde, ao relativizar os conhecimentos, possa construir trocas com os sujeitos com os quais se relaciona, em seus processos de saúde-doença (PENNA, 1997). Quando educador e educando tornam-se sujeitos é possível acontecer uma educação libertadora, capaz de provocar mudanças, mesmo que sutis (FREIRE, 1979, 1996b; CYRINO, SOUZA, PENHA *et al.*, 1986).

A educação e saúde, na perspectiva da pedagogia crítica de Paulo Freire (1979), passa a funcionar como um instrumento que constrói a participação popular no serviço de saúde e, ao mesmo tempo, aprofunda a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da

sociedade (VASCONCELLOS, 1999). Tal concepção coincide com a percepção de autores situados em outros países, como MacDonald & Warren (1991).

A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo na medida em que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas [...]. Grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à Atenção Primária à Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária à Saúde integral (MACDONALD & WARREN, 1991:39-44).

Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim como uma meta a ser atingida no processo de melhoria da qualidade de vida e de busca de justiça social. Contrariamente à idéia de que os grupos populares são percebidos como “ignorantes”, “pobres”, com uma capacidade limitada de se orientar por suas próprias lógicas de ação, e que precisam se educar face à necessidade de se organizar para participar das decisões sobre sua própria vida, Duarte (1995) supõe que as classes trabalhadoras tenham uma outra cultura, ordenada sobre valores e princípios próprios, apresentando-a como um outro modo de construção do mundo e da pessoa. Santos, ao se referir ao grupo social não incluído no circuito econômico principal, afirma que, na esfera comunicacional, “[...] eles, diferentemente das classes ditas superiores, são fortemente ativos [...]” e “[...] reavaliam a tecnosfera e a psicosfera, encontrando novos usos e finalidade para objetos e técnicas, e também novas articulações práticas e novas normas na vida social e afetiva” (SANTOS, 1996, p. 261). Valla (1996), na mesma direção, questiona a hegemonia do saber técnico em relação às classes populares, entendendo-as como detentoras de um outro saber, “nem melhor nem pior, mas diferente”.

Decorre daí que, no horizonte de pensar intervenções em Educação e Saúde, mais eficientes, devem-se levar em conta as representações e saberes do senso comum na relação dos sujeitos com a doença. Desse modo, oferecem-se possibilidades de superação do caráter meramente instrumental da Educação e Saúde, cujos princípios se apóiam exclusivamente no saber científico. Observar o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais, aumenta as condições de atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta (ARRUDA, 1985; MORIN, 1996; 2000; TURA, 1998), deixando explícito o fato que os programas de Educação e Saúde não podem se restringir a iniciativas de caráter meramente informativo. Isto implica que, para que haja possibilidade de trocas no processo educativo, o educador reconheça que o educando é detentor de um valor diferente do dele,

assumindo uma postura de aprendiz (FREIRE, 1979). Educação e saúde torna-se, assim, um espaço de "construção compartilhada de conhecimento" (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, 2001), ao partir da experiência e práticas dos sujeitos envolvidos, buscando "intervenção nas relações sociais que vão influenciar a qualidade de suas vidas" (p. 101), e, conseqüentemente, vão produzir outras representações. Essa visão está embasada em uma outra forma de compreender educação: um processo que não tem como objetivo adaptar o homem às condições econômicas, sociais e políticas em que vive, e sim possibilitar que este homem se compreenda como autor desta sociedade, podendo alterá-la.

A educação e saúde, assim, na perspectiva da pedagogia freireana, vem ao encontro dos propósitos de mudança na saúde, ao propor a alteração da relação pedagógica entre profissionais e população usuária do SUS, no sentido de tornar sujeitos ativos aqueles que, historicamente, eram atores passivos. Esta nova visão, transformadora, se opõe à visão normativa, presente nas práticas educativas ao longo de grande parte da história sanitária brasileira.

A educação em saúde ganha, a partir daí, novos contornos, como o instrumento capaz de permitir ao profissional de saúde, ideologicamente engajado com estes pressupostos de participação, a possibilidade de levar a população, cada vez mais, a compreender e dominar o conhecimento sobre a política local de saúde de forma a participar ativamente do processo decisório, através das suas representações legais, na formulação de propostas capazes de dar resolubilidade aos problemas que enfrenta. (DAVID, 2001, p.1 - 2)

3.2 Promoção da saúde

Tanto o discurso da saúde pública quanto as perspectivas para redirecionar as práticas de saúde nos últimos 20 anos "vêm articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde" (CZERESNIA, 2003, p.39).

A expressão "promoção da saúde" foi utilizada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (PEREIRA *et al.*, 2000). Tradicionalmente, o conceito de promoção da saúde era "um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva" (CZERESNIA, 2003, p.39). Sua recente revalorização, em alguns países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, resgata o conceito tradicional, mas relaciona a saúde com as condições de vida, motivada pelo aumento dos custos da assistência, sem que os resultados tivessem correspondido ao montante despendido. Acresce-se a esse fato o crescimento do número de pessoas idosas e das doenças crônicas, o que fez com que as políticas de saúde voltassem para a saúde pública, diminuindo a ênfase na abordagem exclusivamente médica (CZERESNIA, 2003, p.39).

Segundo Czeresnia (2003, p.45), promoção da saúde refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. As ações de promoção da saúde “ênfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial” (CZERESNIA, 2003, p.45).

A promoção da saúde, intimamente relacionada à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, pressupõe uma concepção que não limita a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de agir sobre seus determinantes (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.

Complementarmente, a *Promoção da Saúde* configura-se como o instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde (BUSS, 2000a; 2000b). A “nova promoção da saúde” se propõe a focar os determinantes gerais, isto é, os sócio-ambientais e econômicos, atuando sobre as condições de vida cotidianas e sendo direcionada ao coletivo e à defesa dos direitos sociais. Trata-se, portanto, de um processo de fomento ao compromisso político (dos gestores e sociedade civil) e de impulsão às mudanças sociais. Vale aqui resgatar a concepção de Cohn (2000), para quem promover saúde hoje é combater a naturalização da pobreza e forçar para que as questões sociais sejam remetidas para o tema da desigualdade social.

A promoção da saúde, segundo Cerqueira (1997), envolve as dimensões conceitual - princípios, premissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção da saúde - e metodológica - que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico.

Quanto à dimensão metodológica da promoção, apesar de os princípios estarem razoavelmente desenvolvidos, parece permanecer a dificuldade de traduzi-los em práticas coerentes. Raras são as práticas que privilegiam a “nova promoção da saúde”, e as que existem encontram-se ainda dispersas e desarticuladas (LABONTE, 1996; CERQUEIRA, 1997; MELLO, ROUQUAYROL, ARAÚJO *et al.*, 1998; SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). De “roupa nova”, a promoção da saúde volta-se para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, bem de acordo com o contexto e os preceitos do neo-

liberalismo: Estado mínimo e responsabilidade sobre a saúde dividida com as pessoas, utilizando o discurso da “autonomia regulada” e “estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado” (CZERESNIA, 2003, p.40). A “nova promoção da saúde (...) ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente os determinantes sócio-econômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais” (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). Esse novo paradigma acena para uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde. Ao extrapolar a perspectiva meramente biológica, mecanicista e individual, caminha para uma perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Sai-se de uma postura voltada para o controle dos fatores de risco e comportamentos individuais e volta-se para eleger metas de ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo (PEREIRA, PENTEADO & MARCELO, 2000, p.41).

O Informe Lalonde, de 1974, foi tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2000). Contudo, a concepção difundida pelo relatório, privilegiando os “fatores particulares”, distanciou-se da definição original da promoção, que enfatiza os “fatores gerais” de determinação da saúde (TERRIS, 1992).

Lalonde apontou para a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propôs, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos focados nas mudanças comportamentais e de estilos de vida. O Relatório Lalonde repercutiu fortemente na concepção orientadora das práticas de promoção da saúde ao longo da década de 1970, as quais, em sua maioria, tiveram seu foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, centrando-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). Esse enfoque, além de ter um alcance limitado (CERQUEIRA, 1997), acaba por responsabilizar o indivíduo, culpabilizando-o por sua situação de saúde. Isso acarreta uma desresponsabilização dos governos e dos formuladores de políticas, desatrelando e mascarando as determinações sócio-políticas e econômicas (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). Tal visão foi criticada por vários intelectuais da Saúde Pública, incluindo Labonte e a própria OMS (WHO, 1984), com base no fato que a prescrição de certos comportamentos

individuais seria um tipo de abordagem contrário aos princípios da promoção da saúde (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003).

Na década de 1980, a promoção da saúde passou a ganhar importância no campo da Saúde Pública, tendo o conceito sido introduzido oficialmente pela OMS (WHO, 1984). Inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (BRASIL, 2001c) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, a Carta de Ottawa foi um marco importante. A Carta declara que a promoção da saúde “consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma” (OMS, 1996, p.367, tradução livre). Segundo Sicoli & Nascimento (2003, p.105), a definição contida na tradução da Carta veiculada pelo Ministério da Saúde é significativamente diferente, destacando o processo de empoderamento: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

A Carta explicita que a promoção está além do setor Saúde e enfatiza a atribuição da promoção de fazer com que todos os setores, inclusive os não diretamente implicados, assumam a saúde como meta, e compreendam as implicações de suas ações para a saúde da população (OMS, 1996, p.368). Assumindo a relação da saúde com a política, a economia, o meio ambiente e os fatores sócio-culturais, além dos biológicos, atribui-se à promoção o dever de permitir que tais fatores sejam favoráveis à saúde e, pressupondo a intersetorialidade, estabelece ao setor sanitário um papel mediador (OMS, 1996, p.368).

A participação ativa da população é vista como um meio essencial para operacionalizar a promoção da saúde (OMS, 1996, p.370). Dentre os campos de ação da promoção da saúde, mencionados na Carta de Ottawa, estão o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários.

O Artigo 196 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) refere-se diretamente à promoção da saúde, expressando uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira, ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente.

A OMS caracteriza como iniciativas de promoção da saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-

estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998). A concepção holística determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual (WHO, 1998) e pressupõe a compreensão ampliada de saúde assumida pela Organização. Para a OMS, a promoção da saúde envolve a população como um todo, no contexto do seu dia-a-dia, ao invés de focar grupos de risco para doenças específicas (WHO, 1984, p.20). Por partir da saúde como fenômeno produzido socialmente, o campo de ação da promoção não se limita ao campo específico da assistência médico-curativa, sendo incentivadas as ações de âmbito coletivo no cotidiano da população, dirigidas aos determinantes da saúde. Portanto, operacionalizar a promoção requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc. Segundo Junqueira (1998) a intersectorialidade é entendida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social e à inclusão social” (JUNQUEIRA, 1998, p.84).

O empoderamento e a participação social são colocados como princípios-chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção da saúde (WHO, 1984).

A participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados - membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais - no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (WHO, 1998).

No desenvolvimento de políticas de promoção da saúde deve haver contínua consulta, diálogo e troca de idéias entre indivíduos e grupos, tanto leigos como profissionais. Mecanismos políticos devem ser estabelecidos de forma a garantir oportunidades de expressão e desenvolvimento do interesse público na saúde. (WHO, 1984, p.22. tradução livre) É do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados, e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas a partir delas.

A disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção da saúde, preocupação que parece estar ligada ao

princípio de empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998).

O desenvolvimento social é orientado pelas necessidades dos cidadãos e pela equidade na atenção a tais necessidades, visando a melhoria das condições de vida e ampliação do exercício da cidadania. O primeiro passo na direção do empoderamento da comunidade, o de “devolver-lhe o poder de definir” (LABONTE, 1996, p.155, tradução livre), seria fundamental à promoção da saúde comunitária, já que nela as comunidades são responsáveis pela definição e eleição de seus problemas e necessidades prioritários.

Segundo Sícoli & Nascimento (2003), ao se implementar políticas de promoção da saúde, os princípios de empoderamento e participação não devem ser separados. O que parece estar em concordância com a própria OMS (WHO, 1984), quando reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde, sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança, apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência.

3.2.1 Autonomia e empoderamento

O desafio assumido a partir da década de 1970, pelos movimentos de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, impõe tanto a redefinição do conceito de saúde, quanto à re colocação da importância dos atores implicados no processo de produção de saúde. Tratar, portanto, de saúde pública ou saúde coletiva é tratar também do protagonismo e da autonomia daqueles que, por muito tempo, se posicionam como "pacientes" nas práticas de saúde, sejam os usuários dos serviços, em sua “paciência” diante dos procedimentos de cuidado, sejam os trabalhadores eles mesmos, não menos passivos no exercício de seu mandato social. O que queremos ressaltar é que a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades, protagonistas e autônomas, que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde. Neste sentido, é preciso avançar, como indica Gastão Wagner (CAMPOS, 2000), a discussão no campo da saúde coletiva, propondo esta relação entre produção de saúde e produção de sujeitos, entre atenção, gestão e subjetividade.(p.12)

Segundo Tesser (2006a), os saberes biomédicos e as tecnologias de intervenção correntes na biomedicina, no seu uso e funcionamento, pouco contribuem para a autonomia

dos doentes e ainda tendem a pressionar a interação médico-doente para o reforço da medicalização. De acordo com o autor, “a medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006a, p.3). A medicalização dos problemas sociais é a forma com que as questões de ordem pública, como o direito ao saneamento básico e ao tratamento de água, por exemplo, são tomadas restritamente em sua dimensão privada, sob a lógica do enfoque biomédico (CAPRA, 1982).

Foucault (1979; 1980; 1999) também trata dessa questão, denunciando os dispositivos políticos por trás do poder médico e da medicalização da vida e da cultura em geral. Revela, como afirmado anteriormente, este papel disciplinador e de controle que a medicina exerce sobre as classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. Ou seja, seria uma forma de estabelecimento de uma luta de poderes, que exige uma relação de submissão do paciente, a quem é imposta uma única visão de doença e de saúde, além do postulado da existência de uma única forma de tratamento que desautoriza todas as demais. Trata-se de uma tendência a tratar apenas os aspectos biológicos das doenças envolvidas com o problema, culpabilizando individualmente os cidadãos que não se cuidaram como deveriam, ao invés de se problematizar a dimensão política e econômica da pobreza, numa clara manifestação de poder tão própria das profissões da saúde (DONNANGELO, 1975; GERMANO, 1985; ALMEIDA, 1989).

Com a intenção de melhoria do gênero humano “[...]os discursos científicos enunciavam as normas para que se empreendesse o processo de medicalização do social [...] Com isso, a sociedade seria passível de se transformar pela razão iluminista, que engendraria então o progresso social pela normalização dos anormais. [...]Assim, a melhoria do gênero humano se fundaria nas normas enunciadas pela racionalidade científica. [...] A resultante disso foi o engendramento da qualidade de vida da população, permeada pela retificação das anomalias.” (BIRMAN, 2007 p.7).

Neste contexto, justifica-se o processo de medicalização do social, sendo “[...] necessário intervir não apenas no campo da patologia, mas principalmente no da anormalidade, para que a produção da qualidade de vida da população pudesse ser mais eficaz e efetiva.”(BIRMAN, 2007, p.7). As práticas oficiais, portanto, parecem basear-se num etnocentrismo, uma vez que buscam curar com base na visão de mundo de sua classe (MOFFATT, 1984). O ‘ideal de saúde’ é construído pela indústria médica e propagado pela mídia, fazendo com que qualquer sinal de dor ou de diferença em relação ao ideal seja vista

como um desvio, e portanto como devendo ser aniquilado, ‘corrigido’ (MARTINS, 2004, p.8). Ou seja, é uma medicina a serviço de uma classe.

Sendo assim, a medicalização social, como demonstra Tesser (2006a), destrói ou diminui a autonomia das populações para lidar com os seus processos de saúde e doença e gera demandas infindáveis aos serviços de saúde, consistindo em relevante desafio para o SUS.

Frente a tais limites, Tesser (2006a) sugere uma ressignificação dos saberes biomédicos, vista como missão de reconstruir a autonomia, prevenir e curar os adoecimentos vividos, além dos diagnosticados. Defende uma reorganização de valores e metas da clínica biomédica na atenção básica, como a relativização dos diagnósticos, a desontologização das doenças e dos riscos, o fim da obsessão por controle, o combate ao autoritarismo biomédico e a priorização da terapêutica.

Diante da possibilidade de diferentes caminhos como estratégias para alterar os modelos de atenção e de gestão, ficam claros dois aspectos importantes: a inclusão da subjetividade e da autonomia. Ambos são processos complexos, que requerem destaque nesse trabalho, razão pela qual apresenta-se um estudo das categorias autonomia e empoderamento.

Autonomia é um termo polissêmico. Etimologicamente significa a capacidade de autogoverno. *Autos* designa aquilo que é próprio de si mesmo e *nomos* designa a idéia de norma, regra ou lei. Na modernidade, o termo adquiriu sentidos diversos.

Beauchamp & Childress (2002), caracterizam autonomia como “autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo” (p. 137).

Autonomia para Kant designa “a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria que é a razão” (ABBAGNANO, 2003, p. 97). Nos dois conceitos, encontramos, em comum, a *liberdade* (independência da vontade) e a *qualidade do agente* (agir intencional).

O conceito adotado nesse trabalho, considerado o mais apropriado aos objetivos da investigação e à análise do material empírico é o conceito freireano de autonomia (FREIRE, 2005), porque inclui as duas condições descritas acima (*liberdade e qualidade do agente*), e ainda a noção do ser humano como um indivíduo inacabado e em permanente interação com os outros. Para Freire, a autonomia é uma construção histórico-social constante, que só “é” porque “está sendo”, ou seja, não há autonomia definitiva e acabada. A autonomia é permanentemente inacabada e, por “estar” constantemente “sendo” exercitada no mundo, é

sempre uma construção (FREIRE, 2005). Desse modo, de acordo com Freire (2005), a autonomia pressupõe a consciência do indivíduo a respeito de seu constante estado de construção como ser social, portanto, acerca de seu permanente processo de aprendizagem.

A aproximação desse conceito com a possibilidade de o sujeito exercer um maior domínio sobre suas condições de vida, se adaptar às modificações acidentais de seu meio e recusar, eventualmente, situações intoleráveis, rompendo normas já instituídas e instituindo novas normas (CANGUILHEM, 1995; DUPUY, 1980), abre maiores possibilidades de se pensar a construção de novos sujeitos e de novas relações entre os sujeitos, baseadas numa maior simetria relacional, estabelecidas por condições de maior igualdade e liberdade (COHEN & MARCOLINO, 1995).

Ao conceituar *sujeito e subjetividade* me ancorei em Teixeira (2001). Parto de sua concepção de sujeito, “[...] que não é um indivíduo (e nem mesmo está centrado no indivíduo), que não é universal (e nem sequer constitui uma totalidade), que não se separa com precisão de seus ‘objetos’ (e, de fato, estão variavelmente acoplados) e que nem se prende verticalmente a uma ‘ontologia’ particular (e, de fato, se produz em processos múltiplos e heterogêneos, que se dão em vários níveis e escalas diferentes)” (TEIXEIRA, 2001, p.4). O autor postula que há uma multiplicidade de processos que modelam a subjetividade e que a subjetividade é algo que não é passível de totalização, e nem centrada no indivíduo.

A subjetividade é concebida como algo modelado, fabricado, produzido, por processos que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam, processos esses que podem ser ditos coletivos e sociais [...] Nesse sentido, o indivíduo situa-se no entrecruzamento de múltiplos componentes de subjetividade, ou melhor, de múltiplos vetores de formação da subjetividade.[...]

[...] Numa síntese, poderia dizer que a subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais.

[...] a subjetividade é concebida como algo modelado, fabricado, produzido, por processos que não se dão no indivíduo, mas que o atravessam, processos esses que podem ser ditos coletivos e sociais [...]

[...] O mais importante, em todo caso, é essa idéia de algo produzido. (TEIXEIRA, 2001, p.4).

Toda a discussão sobre a possibilidade do exercício da autonomia do paciente é realizada a partir da crítica ao denominado modelo tradicional de relacionamento entre médico e paciente, também classificado como modelo hipocrático de relacionamento, historicamente estruturado com base nas concepções de homem e de mundo existentes na época de Hipócrates. As obras de Locke, Kant e John Stuart Mill vieram estabelecer uma nova perspectiva de entendimento do indivíduo por meio da afirmação de sua autonomia

(LOCKE, 1983; KANT, 2001; MILL, 1963). Apesar disso, o relacionamento entre profissionais de saúde e seus pacientes continua a ser sustentado em bases paternalistas (PELLEGRINO, 1990). Nesse sentido, Cruz Neto (2003) também nos dá suporte quando afirma que “a revisão crítica das relações entre pacientes e médicos, além de necessária, deve ser constante, uma vez que esse é o espaço mais importante das relações humanas. Aí estão contidas dinâmicas de enfrentamento e de reestabelecimento do equilíbrio do processo saúde-doença”.

A aplicação dos conceitos de empoderamento (*empowerment*), na prática das ações em saúde pressupõe que os indivíduos possam crescer em autonomia por meio da participação em grupos, visando transformações das realidades social e política.

A Promoção da Saúde, conforme mencionado anteriormente, incorporou os conceitos de empoderamento, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência, e de *participação comunitária*. Empoderar é a ação central na nova Promoção da Saúde.

O empoderamento origina-se na psicologia social, no feminismo, na teologia da libertação e no ativismo social, e pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de ampliação do poder político (OMS, 1986). É entendido como um processo contínuo e sustentado, por meio do qual as pessoas e os coletivos identificam e se apropriam de recursos, relações, espaços, bens e os utilizam como forma de aumentar seu poder (TORRES, 2003).

Dentre os diversos autores que trabalham com o conceito de empoderamento, parece ser consenso que ele tem relação com a habilidade dos indivíduos conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, de forma a poderem agir no sentido de melhorar sua situação de vida (WALLERSTEIN, 1994; AIRHIHENUWA, 1994; BERNSTEIN, 1994; LABONTE, 1994; THURSZ, 1993).

Segundo Gutierrez (*apud* BERNSTEIN ET. AL., 1994), o significado central do empoderamento está no “ganho de poder”. O poder, para o autor, traduz a idéia de habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção. O empoderamento, nesse campo, é sempre definido como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde” (GIBSON, 1991 *apud* AIRHIHENUWA, 1994, p. 345). Este conceito pode apresentar limitações, no sentido de evocar a noção de que as forças ambientais controladoras são a meta final.

Dentro do campo da saúde, do trabalho social, da educação ou da psicologia comunitária, o entendimento mais recorrente a respeito do empoderamento assume uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhado, e não de poder sobre o outro. E, nesse sentido, cabe trazer a discussão feita por Labonte (1994) sobre empoderamento e promoção da saúde. Para o autor, promoção da saúde é “*o processo de capacitação de pessoas para aumentar seu controle e melhorar a sua saúde*” (1994, p.253). Neste sentido, a promoção da saúde se afina com os valores do empoderamento definido por Labonte como “*o processo pelo qual pessoas, organizações e comunidades ganham domínio sobre suas vidas.*” (1994: 253).

Numa definição mais geral, o empoderamento é definido como “*um processo pelo qual indivíduos, comunidades e organizações obtém controle sobre suas vidas*” (RAPPAPORT *apud* MINKLER, 1992, p.303).

O conceito de empoderamento adotado nesse trabalho é aquele proposto por Vasconcelos (2007), consistindo no “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”.

Segundo Vasconcelos (2001), o tema do empoderamento está no centro das políticas sociais e saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, principalmente, desde os anos 90.

Nas diferentes declarações, que compõem os documentos direcionados à Promoção da Saúde, o tema do reforço comunitário e do empoderamento é abordado. A Declaração de Adelaide (BRASIL, 2001c) e a Carta de Ottawa (BRASIL, 2001c) enfatizam que a ação comunitária é o ponto central da promoção de políticas públicas para a saúde, por meio da qual a comunidade busca a posse e o controle de seus próprios esforços e destinos. A Declaração de Sundsvall (BRASIL, 2001c) também propõem as ações comunitárias como meio de reforçar a criação de ambientes saudáveis. A Declaração de Bogotá (BRASIL, 2001c) sugere, também, na mesma direção, que a ação comunitária pode “fortalecer a capacidade da população para participar das decisões que afetam a sua vida e para optar por modos de vida saudáveis [...] através do diálogo de diferentes saberes”.

Outro campo de ação da Promoção da Saúde, em que o empoderamento está implicado, é o do Desenvolvimento de Habilidades Pessoais. A Carta de Ottawa (1986) enfatiza as habilidades pessoais, com base no entendimento de que as causas ou fatores de risco mais relevantes estão relacionados com comportamentos individuais, modos de vida ou riscos existentes em locais

de trabalho e no meio-ambiente. Nesse sentido, assume-se ser essencial capacitar as pessoas para que aprendam durante toda a vida, preparando-se para os diferentes ciclos da existência, de modo a incluir o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas que afetam a saúde. (BUSS& FERREIRA, 2002).

O empoderamento pode, portanto, permitir aos grupos desprivilegiados ganhar significado para mudar sua condição de opressão (BERNSTEIN *et al.*, 1994, p.283). Um meio pelo qual os indivíduos e coletividades podem obter este poder é o sugerido por Freire. O autor postula que por meio do desenvolvimento de uma consciência crítica é possível esse ganho de poder. Isso envolve o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa, e da possibilidade de identificação do papel de cada sujeito dentro de um quadro de mudança social. Isto é particularmente importante em situações de desigualdade, nas quais os indivíduos internalizaram, em potencial, crenças sobre sua própria identidade e poder. O entendimento de como os membros de um grupo podem afetar as circunstâncias da vida é crucial para identificar a falta de poder como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social mais do que a individual (GUTIERREZ, 1992 *apud* BERNSTEIN *et. al.*, 1994, p. 283).

Em relação à questão de poder, Labonte (1994) interroga se é possível alguém empoderar alguém. O autor argumenta que se o poder é um elemento da relação social a capacidade de empoderar está presente em todas as pessoas, dentro de um contexto de teias de relações (LABONTE, 1994)

Empoderamento possui diferentes significados: o de investir ou dar poder e autoridade a outros, o de tornar outros capazes, ou dar a outros habilidades para que eles possam obter poder por meio de seus próprios esforços e, ainda, o de capturar poder. É também um verbo transitivo, no qual o sujeito age sobre o objeto; e um verbo intransitivo, no qual o sujeito age sobre si mesmo.

Labonte (1994) alerta sobre o uso do conceito de empoderamento de maneira transitiva, significando dar poder a outro. Dessa forma, o profissional é visto como agente de empoderamento e como sujeito do relacionamento, isto é, como sendo o ator controlador, como aquele que define os termos da interação. Isso pode gerar a seguinte situação: os indivíduos ou grupos, quando desempoderados, se posicionam como objeto da relação, ou seja, como o receptor da ação do profissional, numa atitude passiva. Essa situação não favorece o diálogo entre profissionais e pacientes, e acaba por fortalecer uma relação

hierárquica de poder, que reforça a postura do profissional de saúde como alguém superior, que tem o poder de “salvador da pátria”.

Quanto à reflexão sobre o empoderamento ser um processo ou um resultado, usado como verbo intransitivo, Wallerstein & Berstein (1994) afirmam que empoderar se refere a um processo por meio do qual os indivíduos ganham influência e controle sobre suas vidas e, conseqüentemente, tornam-se empoderados. O que os autores argumentam é que: “educadores em saúde não podem dar poder a pessoas, mas podem torná-las capazes de aumentar suas habilidades e recursos para ganhar poder sobre suas próprias vidas.” (WALLERSTEIN & BERSTEIN, 1994, p. 155)

É essa intransitividade do empoderamento que baliza as atividades desenvolvidas no Grupo Sol.

3.3 Educação popular e saúde

A educação popular em saúde é um conceito que vem sendo desenvolvido no Brasil há vários anos, constituindo-se atualmente em um eixo significativo da educação e promoção da saúde. Surge a partir das críticas às políticas dominantes de educação e saúde no Brasil, sendo considerada uma forma alternativa de desenvolver essas práticas.

Para Stotz (2004), a educação popular e saúde é um campo de teoria e prática enraizado nas matrizes humanista, cristã e socialista, que têm como denominador comum o pensamento de Paulo Freire.

A educação popular e saúde pressupõe uma nova forma de informar e educar. Em sua concepção teórica tem por base uma ideologia de transformação, que respeita e valoriza os saberes populares, desconstrói os modelos prontos, estimula a participação popular, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva. As ações de educação popular e saúde, portanto, contrapõem-se ao autoritarismo vigente na cultura sanitária, propiciando o encontro entre a cultura popular e a científica. No processo comunicativo que se dá é importante a disponibilidade de escuta dos sujeitos que se põem em relação, os quais, normalmente, possuem experiências, desejos, interesses e motivações diversos.

Nesse sentido, parece muito útil a metodologia desenvolvida por Carvalho, Acioli & Stotz (2001) no contexto da prática de educação em saúde - a “construção compartilhada do conhecimento”, que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos, tendo por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas. Os autores partem do

pressuposto que a vivência dos sujeitos inclui a dimensão de suas representações sociais a respeito do significado de qualidade de vida e saúde, e a dimensão do sofrimento, das angústias e incertezas que, muitas vezes, não são compreendidos pela racionalidade das ciências biológicas e pela maneira de operar o sistema, pois se referem ao conhecimento produzido.

A partir dos anos 1970, junto aos movimentos sociais emergentes, surgiram experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, “onde profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local” (VASCONCELOS, 1998). Isso, segundo Vasconcelos (1998), representou uma ruptura da tradição autoritária e normalizadora da educação em saúde.

Uma variedade dessas práticas de educação e saúde pode ser encontrada em muitas regiões do Brasil (FREIRE JR., 1993; CHIESA & WESTPHAL, 1995; DIAS, 1998; SILVAN, 1998; MELLO, 1998; PERNAMBUCO, 1998a; 1998b; NASCIMENTO, 1999; VASCONCELOS, 1999; AMORIM & MEDEIROS, 2000; AMORIM, 2001; ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004), com resultados importantes para a construção de uma nova forma de pensar a saúde, segundo Albuquerque & Stotz (2004). Os autores revelam que há uma maior integralidade das ações desencadeadas pela educação popular em saúde, principalmente pela consolidação de um trabalho efetivamente capaz de incluir comunidades e usuários no processo de cuidar e promover a saúde.

O reconhecimento do usuário como cidadão nos grupos que não os estigmatizam como doentes, pois são ouvidos e estimulados a viver atividades de promoção da saúde (exercícios, alimentação, hábitos) e a lutar em defesa de melhores condições de vida, representa fato concreto dificilmente encontrado em equipes que não se referenciam na educação popular. As equipes também revelam uma visão mais integral no atendimento individual, com algumas delas trabalhando com terapias complementares e relacionando o atendimento diretamente com os grupos. (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004, p.).

Hoje, há evidências da existência de um movimento nacional, que vem incentivando o desenvolvimento das práticas de educação popular em saúde. O Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), em 2003, cujo objetivo principal é coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática do Sistema Único de Saúde, estruturando dentro dela uma coordenação de educação popular. A ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde - foi criada em 2003, com a missão de articular os movimentos, práticas e educação popular em saúde em todo o Brasil, visando o fortalecimento da saúde pública e a

participação popular na formulação, gestão e controle social das políticas voltadas à promoção da saúde. Educadores, acadêmicos e profissionais de saúde criaram um espaço virtual - a Rede de Educação Popular em Saúde - onde são discutidas, a distância, por meio da *internet*, experiências e pesquisas em educação popular em saúde. Ao mesmo tempo, foi criado um grupo de trabalho junto à Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), e muitos encontros nacionais têm sido realizados, além de produzidos diversos livros e artigos sobre o tema.

Contudo, segundo a avaliação de Albuquerque & Stotz (2004), “apesar dos sinais claros de consolidação de um campo da educação popular e saúde, ainda não são muitos os relatos de experiências de educação popular em saúde nos serviços”. Os autores demonstram que no serviço público de saúde não há apoio das coordenações ou das secretarias municipais e estaduais. Muitas vezes a “falta de apoio” se expressa na dificuldade dos gestores em disponibilizar tempo suficiente para atividades educativas, espaço físico, equipamentos ou mesmo o acesso a materiais educativos, audiovisual ou de apoio (ALBUQUERQUE & STOTZ, 2004). Outro obstáculo para a ampliação dessas práticas nos serviços parece ser a postura assumida pelos profissionais de saúde de culpabilização do próprio paciente por sua doença, mesmo quando eles têm conhecimento dos determinantes sociais da doença e da saúde (VASCONCELOS, 1999; VALLA, 1999).

Albuquerque & Stotz (2004) destacam a potencialidade da educação popular em contribuir para que as equipes de saúde possam incorporar novas práticas. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, leva a um maior entendimento das ações de saúde como ações educativas. Vistas desta forma, as ações tendem a se aproximar da integralidade, assumindo como prática cotidiana a integração do trinômio promoção-prevenção-assistência, o trabalho multiprofissional e intersetorial. Por ser uma atividade que redireciona a dinâmica do serviço, na medida em que fortalece a participação popular na discussão das suas várias iniciativas técnicas, Vasconcelos (2003) considera que a educação popular não é uma atividade a mais a ser desenvolvida nos serviços de saúde. Defende que a educação popular é um instrumento de reorganização institucional do setor saúde, mas uma ação que reorienta a diversidade de práticas ali realizadas, contribuindo na superação do biologicismo, do autoritarismo do doutor, do desprezo pelas iniciativas do doente e seus familiares e da imposição de soluções técnicas restritas a problemas sociais globais que dominam a medicina atual. É, assim, um instrumento de construção das ações de saúde mais integrais e mais adequadas à vida da

população, podendo influenciar na emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde, marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração.

Segundo Vasconcelos (2003; 2006), uma grande parte das práticas de educação popular nos serviços de saúde está hoje voltada para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, pois um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. A existência desse fosso fica demonstrada pela necessidade da figura do agente comunitário de saúde, como tradutor do modo de vida das comunidades para as equipes e do funcionamento e organização dos serviços para a comunidade. Se o papel de mediação é necessário, significa que a comunicação não é suficiente para estabelecer diálogo e interação entre a população e os demais profissionais dos serviços. Confirma-se, portanto, o fosso, mencionado por Vasconcelos, gerando a demanda de aproximar os profissionais da equipe de Saúde da Família (profissionais graduados, profissionais de formação técnica, agentes) da população assistida, afastados pela hierarquia existente entre esses grupos, manifesta pelo saber hegemônico, científico e racional, de um lado, e pelo saber popular, “dominado”, “não racional”, heterodoxo, do outro.

Diante do exposto, configura-se a experiência do Grupo Sol como um campo de práticas - educação popular e saúde - que está se constituindo desde a ruptura da visão higienista do século passado, a qual conceituava educação e saúde como iniciativas de “alfabetização” das camadas mais pobres da população para erradicar seus hábitos considerados degradantes (CASTIELS, 2006, p.85) e, portanto, degeneradores da sociedade.

3.4 Procedimentos Metodológicos

Esse trabalho foi desenvolvido com base no método de *Sistematização de experiências*, preconizado por Holliday (1996). Para análise do material empírico - as falas das mulheres -, que vão servir à sistematização, utilizei o método da História Oral Temática.

A *Sistematização de experiências* (HOLLIDAY, 1996) foi escolhida visando à tarefa de compreender a experiência, extrair dela seus ensinamentos e comunicá-los, contribuindo, possivelmente, “com o enriquecimento da teoria” no campo da educação e saúde. “Objetivar o vivido”, no caso do Grupo Sol, é útil no sentido de “favorecer o intercâmbio de experiências” (p.21) e “conduzir à reflexão teórica (e geral em à construção de teoria) os conhecimentos surgidos de práticas sociais mais concretas” (HOLLIDAY, 1996, p.35).

A opção pela *sistematização* se deu, principalmente, em função da minha participação no grupo durante o período de três anos e de ter, por isso, conhecido a experiência “por dentro”, aliada à idéia de que, ao construir um corpo de conhecimentos teóricos a partir da prática, seria possível melhorá-la e, também, multiplicá-la.

O fato da prática do Grupo Sol caracterizar-se como um processo social complexo, dinâmico, em que se inter-relacionam fatores objetivos e subjetivos, de forma contraditória, também contribuiu para a escolha da sistematização, considerando que esse seria o método mais fecundo para o estudo e divulgação da experiência, adequando-se perfeitamente às necessidades apontadas pela situação, uma vez que é voltado especificamente para experiências de educação popular, organização popular e promoção social (HOLLIDAY, 1996).

Segundo Holliday,

Parece que o mais característico e próprio da reflexão sistematizadora é que ela busca penetrar no interior da dinâmica das experiências, algo assim como meter-se por dentro desses processos sociais vivos e complexos, circulando entre seus elementos, percebendo a relação entre eles, percorrendo suas diferentes etapas, localizando suas contradições, tensões, marchas e contramarchas, chegando assim a entender estes processos a partir de sua própria lógica, extraindo ensinamentos que possam contribuir para o enriquecimento tanto da prática como da teoria.(HOLLIDAY, 1996, p. 28)

O exercício de sistematização é um exercício claramente teórico; é um esforço que formula categorias, classifica e ordena elementos empíricos; faz análise e síntese, indução e dedução; obtém conclusões e as formula como pautas para sua verificação prática. A sistematização relaciona os processos imediatos com seus contextos, confronta o saber prático com os pressupostos teóricos que os inspiram.(HOLLIDAY, 1996, p. 42)

Como Holliday afirma que só podem sistematizar uma experiência aqueles que tenham tomado parte dela, e que não é possível uma pessoa totalmente alheia à experiência pretender sistematizá-la (HOLLIDAY, 1996, p.86), pensei que assumir essa tarefa seria importante, considerando que a coordenadora não dava prioridade real à sistematização do trabalho com o Grupo Sol. E eu, como co-partícipe do processo, sentia falta de um nível de conceitualização, principalmente em função da necessidade percebida de formar outros profissionais, igualmente capazes de desenvolver esse tipo de prática, tão eficaz em promover saúde, visando sua ampliação e sustentabilidade. E como já existia, efetivamente, uma prática específica, denominada *sistematização*, que se distingue de outros esforços, tais como a

investigação ou a avaliação (PALMA¹⁸, 1992, *apud* HOLLIDAY, 1996, p. 13), e que “busca compreender e tratar com o qualitativo da realidade” (HOLLIDAY, 1996, p. 20), optei por sua utilização nesse trabalho, mesmo que essa não seja uma prática usual nas pesquisas acadêmicas.

De acordo com Holliday (1996, p.84-85), não se faz necessariamente obrigatório seguir os cinco passos, propostos por ele e descritos a seguir, na ordem pré-estabelecida.

1. *O ponto de partida*
 - 1.1 *Ter participado da experiência.*
 - 1.2 *Ter o registro da experiência.*
2. *As perguntas iniciais*
 - 2.1 *Para que queremos?*
 - 2.2 *Que experiência queremos sistematizar?*
 - 2.3 *Que aspectos centrais dessa experiência nos interessa sistematizar?*
3. *Recuperação do processo vivido*
 - 3.1 *Reconstruir a história.*
 - 3.2 *Ordenar e classificar a informação.*
4. *A reflexão de fundo: Por que aconteceu o que aconteceu?*
 - 4.1 *Analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo.*
5. *Os pontos de chegada*
 - 5.1 *Formular conclusões.*
 - 5.2 *Comunicar a aprendizagem.*

A seguir, descrevo como os passos propostos por Holliday (1996) foram contemplados, de acordo com a experiência vivida, recorrendo ao auxílio de um quadro, para facilitar a compreensão do caminho percorrido. O quadro traz na primeira coluna os cinco passos propostos por Holliday; na segunda, seus elementos constitutivos; e na terceira coluna, as perguntas colocadas pelo autor que detalham e orientam a sistematização.

1.O ponto de partida	1.1 Ter participado da experiência.	- Participação na experiência
	1.2 Ter o registro da experiência.	- Registros- informações
2. As perguntas iniciais	2.1 Para que queremos?	- Definição dos objetivos
	2.2 Que experiência queremos sistematizar?	- Delimitação do objeto
	2.3 Que aspectos centrais dessa experiência nos interessa sistematizar?	. Definição do eixo de sistematização – com que olhar teórico vou fazer a sistematização?

¹⁸ PALMA, D. A sistematização com estratégia de conhecimento na educação popular. *Papeles da CEAAL*. n.3. Santiago. Junho de 1992.

3. Recuperação do processo vivido	3.1 Reconstruir a história.	- Como surgiu - Quando - Quais os atores sociais - História profissional da coordenadora e história de vida das mulheres - Universo temático do grupo
	3.2 Ordenar e classificar a informação.	- Fundamentação teórica da prática - Aproximação teórica/contexto teórico - Referências teóricas que sustentam o método utilizado na prática - Referências teóricas com as quais trabalhei
4. A reflexão de fundo: Por que aconteceu o que aconteceu?	4.1 Analisar, sintetizar e interpretar criticamente o processo.	- Localizar as tensões ou contradições que marcaram o processo. - Roteiro de perguntas críticas que interrogam o processo.
5. Os pontos de chegada	5.1. Formular conclusões.	- Formulações conceituais relacionadas com as formulações teóricas cunhadas pelo saber constituído.

Figura 1 – Quadro-síntese da sistematização de experiência (HOLLIDAY, 1996).

Para ordenar e classificar a informação, construí um roteiro - não necessariamente sempre esgotado e a ordem obedecida - que me permitiu articular a informação sobre a experiência em torno dos aspectos básicos que me interessavam, com os seguintes itens:

- a) objetivos previstos pelo grupo ou pela coordenadora;
- b) objetivos a que se propuseram;
- c) aspectos que ajudaram a continuar;
- d) aspectos que prejudicaram a continuação;
- e) vinculação;
- f) motivações para a participação no grupo;
- g) principais ações que realizaram;
- h) ações geradas pelo grupo;
- i) necessidades apontadas pela comunidade;
- j) dúvidas, enganos e dificuldades que enfrentaram;
- k) conteúdos trabalhados e o porquê;
- l) percepções da comunidade acerca de sua capacidade de ação e de fazer propostas;
- m) formas de participação existentes.

Os principais aspectos da experiência que me interessaram sistematizar foram: o tipo de relação estabelecida entre a profissional de saúde e as mulheres participantes do grupo, a concepção de saúde doença assumida pela coordenadora e que perpassa a prática, a concepção

de educação adotada, o impacto ou as repercussões da participação no grupo na vida dessas mulheres e as interpretações que elas têm sobre o grupo.

O olhar teórico que norteou a sistematização tem base na Educação popular, na Educação popular e saúde, no conceito “ampliado” de saúde, na Teoria Geral dos Sistemas, na Teoria do Apoio social, na Educação e saúde e na Promoção da saúde.

Ao construir um roteiro de perguntas críticas que contribuíssem para interrogar o processo, formulei as seguintes perguntas que, de alguma maneira e em algum momento, nortearam minha reflexões:

- Houve mudança nos objetivos? Por quê?
- As necessidades se mantêm iguais? Em o que mudaram?
- Que ações demonstram que se ganhou em autonomia ou em capacidade propositiva?
- Ocorreram mudanças na relação comunidade e governo?
- Que tipo de motivações foram mais comuns para a maioria das mulheres no início? Elas mudaram? Por quê?
- Como evoluíram suas concepções?

Com relação ao último passo da sistematização, o ponto de chegada, as formulações conceituais surgidas diretamente do refletido a partir da experiência, estão relacionadas com as formulações teóricas cunhadas pelo saber constituído, estabelecendo um diálogo de mútuo enriquecimento.

A *História Oral* (MEYHY, 2005), como método de coleta e análise dos dados empíricos, encontra-se dentro do referencial da abordagem qualitativa (MINAYO, 2000), e trabalha com o universo dos significados, motivos, valores, crenças e atitudes, ou seja, privilegia os aspectos subjetivos, razão pela qual foi escolhido como complementar aos seguintes objetivos da sistematização: identificar as interpretações que as participantes e a coordenadora têm sobre o grupo; investigar os aspectos relacionados à repercussão da prática do Grupo Sol no cotidiano das suas participantes, no que diz respeito à promoção da saúde e aos ganhos em autonomia e empoderamento; analisar o tipo de relação estabelecido entre a coordenadora do grupo e suas participantes.

A História Oral é definida como um “recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas” (MEIHY, 2005, p.17). Mostra-se como um campo especial por possibilitar a expressão de diferentes versões sobre um mesmo acontecimento. Permite, também, que as identidades sejam afirmadas, ou seja, no ato de relembrar, a construção de signos se ativa, assim como os marcos temporais e

espaciais que contribuem para os sujeitos se situarem no tempo e refletirem sobre sua inserção social e sua atuação na história (DELGADO, 2006). O trabalho da memória contribui para a internalização de significados e experiências, enriquecendo a história e os sujeitos históricos, por realçar seus papéis ativos.

A História Oral, segundo Meihy (1996), apresenta três modalidades: a história oral de vida, a história oral temática e a tradição oral. Neste trabalho, a ênfase é dada na história oral temática, porque o meu objeto de análise, como já anunciado, se propõe a pensar a prática de um grupo de mulheres, cujo ponto de partida é o seu viver concreto, no qual têm origem as interrogações, as inquietações sobre suas experiências concretas de vida, as quais são compartilhadas em diálogo. Nesse sentido, essa modalidade de análise “[...] trata de um tema específico e compromete-se com o esclarecimento ou opinião do entrevistador sobre algum evento definido” (MEIHY, 2005, p.162). O método permite compreender a significação da ação humana e não apenas a descrição dos comportamentos, como assinala Weber (1970 *apud* MINAYO & SANCHES, 1993), que o elemento essencial da interpretação da ação é o dimensionamento do significado subjetivo daqueles que dela participam.

Este estudo foi guiado pelas orientações de Meihy (2005), para quem um projeto de história oral envolve os seguintes procedimentos seqüenciados: elaboração do projeto, definição de colônia, formação de rede, o processo de entrevistas, transcrição, conferência, análise dos resultados (uso) e arquivamento, detalhados a seguir.

A colônia é constituída por elementos amplos que marcam a identidade do grupo a ser estudado, relacionados com o tema do estudo. Nas palavras de Meihy (2005, p.177), “a colônia é sempre o grupo amplo, da qual a rede é a espécie ou parte menor”, ou seja, a rede é uma subdivisão da colônia que visa a estabelecer parâmetros para decidir sobre quem deve ser entrevistado ou não.

A **colônia** foi constituída pelas participantes dos encontros do Grupo Sol. Do grupo participam, em média, 15 a 20 mulheres por encontro, predominando as faixas etárias de adultos e idosos, havendo também a participação significativa de jovens adultos, e, esporadicamente, de crianças. A **rede** foi formada pelas participantes que atendiam aos seguintes critérios: freqüentaram os encontros do grupo desde a sua formação e demonstraram interesse em participar do estudo. Foram convidadas seis colaboradoras, que constituíram a rede, incluindo a coordenadora do grupo. Após a definição da rede, seguiu-se a realização da **entrevista**, que se desenvolveu mediante as seguintes etapas: pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista.

Essas etapas foram realizadas no período de março e abril de 2007, sendo considerada como a entrevista ponto zero a da coordenadora, porque se transformou em um guia orientador do andamento das demais entrevistas.

Na **pré-entrevista**, deu-se a preparação para a realização da entrevista propriamente dita. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade da colaboradora. Cada uma delas foi informada sobre os objetivos do estudo, suas etapas e sobre a importância de sua participação, conforme disposto na Carta de Cessão (Apêndice A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). A minha participação no trabalho do grupo foi de fundamental importância, pois o vínculo gerado com as participantes facilitou sua adesão à pesquisa.

Com a concordância da colaboradora em participar do trabalho, seguiu-se à **entrevista** propriamente dita, com uso do gravador e guiada pelas perguntas de coorte, que foram realizadas, principalmente, no próprio domicílio das colaboradoras, conforme sua preferência e disponibilidade.

A escolha do local da entrevista foi feita pelas colaboradoras, em função do local onde se sentiam mais à vontade para falar de suas experiências. Neste momento, foi importante estabelecer com as entrevistadas uma atmosfera de aconchego, escuta e confiança, para que elas se sentissem à vontade para falar. Na entrevista, cada colaborador tem a liberdade para desenvolver cada situação, em qualquer direção que considere adequada (COSTA *et al*, 2000).

Todo projeto de História Oral, segundo Meihy (2005), é guiado por pergunta(s) de coorte, definida(s) como uma(s) questão(ões) que perpassa(m) todas as entrevistas e que deve(m) referir-se à comunidade de destino, marcando a identidade do grupo analisado. As **perguntas de coorte** que guiaram este estudo foram:

1. O que é o *Grupo Sol* para você?
2. Qual a importância do grupo para sua vida?
3. O que mudou em você com a sua participação no grupo? O grupo fez alguma diferença em você?
4. Como é o tipo de relação da coordenadora com as participantes do grupo?
5. Como você vê a coordenadora do grupo como profissional de saúde? Ela difere dos outros profissionais de saúde que você conhece (do SUS)? Em que?

Em continuidade, houve as **pós-entrevistas**, sendo também agendados os encontros para a realização da **conferência** do texto final.

Terminada essa fase, iniciou-se a etapa da **transcrição**, sendo os relatos das colaboradoras transferidos para a escrita. Trata-se da passagem completa, com todos os detalhes, da entrevista gravada, destinando-se a dar visibilidade total ao caso tematizado (MEIHY, 2005). O material empírico foi ouvido, inúmeras vezes, para, em seguida, os vícios de linguagem, os erros gramaticais e as expressões muito repetidas fossem corrigidos, mantendo-se, apenas, o necessário, para que o leitor se reconheça na narrativa. Ocorreu, então, a **textualização**, fase em que as perguntas foram suprimidas e deu-se início o processo de escolha do **tom vital**, frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista, funcionando como um guia para a narrativa. Por último, deu-se a **transcrição**, fase em que ocorre a interferência da autora no texto, com o intuito de transcriar o material textualizado para ser encaminhado, em uma versão final, para o momento da conferência com as colaboradoras. Antes de iniciar as histórias de vida das mulheres, colaboradoras desse estudo, procurei contextualizar sua realidade, caracterizar a sua trajetória de vida, buscando identificar algumas de suas características pessoais.

Acrescenta-se que, além das entrevistas, foram feitos registros em um caderno pessoal de anotações, ao longo de toda a trajetória do estudo, que contribuíram, de maneira significativa, para compor o texto final da narrativa das colaboradoras. No caderno de notas, foram feitos registros de observações referentes ao andamento da pesquisa, de falas das mulheres nas reuniões do grupo, rascunhos, projetos de atividades, atas de reuniões, memórias, informes e desenhos, ou seja, todas as informações não provenientes dos registros das entrevistas formais, tais como, comportamentos, observações e impressões da pesquisadora, feitas ao longo do processo, que diziam respeito à pesquisa.

A conferência foi realizada na própria residência das colaboradoras. Cada colaboradora revisou o texto e autorizou sua publicação, seguindo os parâmetros estabelecidos na **carta de cessão**, “documento fundamental para definir a legalidade do uso da entrevista” (MEIHY, 2005, p. 214). Esse foi um importante momento para se aprofundar e esclarecer alguns temas das entrevistas. Nenhuma colaboradora sugeriu a retirada de algum trecho da entrevista, tendo sido apenas feitas correções de algumas palavras que não foram compreendidas durante a transcrição, os vícios de linguagem, os erros gramaticais e as expressões muito repetidas.

A análise do material empírico foi também guiada pelos passos da sistematização, sendo entrelaçada por um diálogo iluminado pelos autores que compõem a literatura pertinente.

No presente estudo, optei pelo arquivamento das entrevistas, em fitas K-7, para pronto uso, sob a minha responsabilidade.

Foi caracterizado o perfil das participantes do *Grupo Sol* e ainda os fatores socioculturais e econômicos de referência.

Os instrumentos de coleta de dados escolhidos obedeceram às necessidades que emergiam, em movimentos muitas vezes desordenados. Nos anos de 2006 e 2007 foram realizadas a consulta documental e as entrevistas, e em 2008, a análise dos dados coletados.

Na consulta documental foram utilizados, além do caderno de notas e dos documentos do grupo, as fichas de registro e de acompanhamento individual das participantes, como fonte primária.

Com relação às fichas individuais de registro e acompanhamento, eram preenchidas no momento em que a participante comparecia pela primeira vez à reunião do grupo, sendo atualizada a cada reunião assistida, funcionando também como um registro de frequência. Até o final de 2005, haviam sido preenchidas 100 fichas, que eram guardadas em um fichário, em ordem alfabética. Nas fichas encontrava-se o registro do nome, idade, local de moradia, nome de algumas pessoas importantes da família, o grau de parentesco e ainda todas as datas das reuniões frequentadas.

A permanência constante em campo, durante quatro anos, foi condição imprescindível para a realização desta pesquisa. Minha participação no grupo, desde 2002, permitiu, como já afirmado, construir um vínculo de confiança com o grupo e com a coordenadora, o que, posteriormente, facilitou a realização das entrevistas.

Houve um processo de observação, não-estruturado sob a forma de pesquisa, por parte da pesquisadora, e que, por isso, não pôde ser considerado *observação participante*, uma vez que o desenho da pesquisa só foi definido no momento em que houve a desestruturação do grupo e, com isso, a interrupção da observação. A observação realizada encontra-se mais próxima da *pesquisa-ação*, porém tampouco foi considerada essa possibilidade. Sendo assim, as questões observadas não foram predeterminadas, tendo sido relatadas da forma como aconteceram, com o objetivo de descrever e compreender o que ocorria nas reuniões. As situações e os comportamentos observados foram relatados em um caderno de notas, com o intuito, também, de registrar, descrever e compreender o que havia se observado. O caderno de notas, naquele momento, era uma ferramenta necessária à intervenção. Os registros eram importantes para que os profissionais que coordenavam as reuniões pudessem lembrar-se melhor das situações expostas e compartilhadas, facilitando também o acompanhamento das

questões produzidas pelo grupo. Também era utilizado, muitas vezes, para a preparação de roteiros para as reuniões, incluindo lembretes e avisos.

Foram realizadas cinco entrevistas com cinco participantes do grupo e duas entrevistas com a médica, coordenadora do grupo.

Os dados provenientes das diferentes formas de coleta foram classificados de acordo com temas recorrentes, levando-se em consideração a minha inserção no grupo e analisados segundo a concepção de educação e saúde e as categorias autonomia, empoderamento, as quais conformam o campo da promoção da saúde. Identificam-se também nas falas os conceitos de educação popular, ampliado de saúde, apoio social e os temas relação profissional-paciente, a fé como mecanismo de superação.

Cada colaboradora que participou na construção deste estudo, recebeu um nome fictício, para garantir-lhe o anonimato: Gema, Capuchinha, Althaea, Agave, Tulipa, Alfazema. Os nomes escolhidos foram nomes de flores, em sua maioria comestíveis, em função de certa similaridade apresentada com traços característicos do modo de ser de cada colaboradora, apreendidos ao longo de minha convivência com o grupo. Como foram utilizados dados provenientes de outras fontes, além dos coletados por meio das entrevistas, como o caderno de notas e os documentos do grupo, os nomes das participantes do grupo neles contidos, inclusive nas falas das colaboradoras, foram igualmente substituídos por nomes fictícios, também de flores, com o mesmo intuito de garantir-lhes o anonimato: Gardênia, Begônia, Anêmona, Calêndula, Anthemis, Liatris, Tabebuia. Essas mulheres não foram entrevistadas, mas participaram indiretamente do estudo, por meio das anotações de suas falas, registradas por mim em meu caderno de notas.

De posse desse material, parti para o processo de sistematização, apresentado no próximo capítulo.

Não acredito que uma pessoa possa curar outra. Acredito que a nossa função consiste em convidar o outro a participar de um relacionamento de cura. A cura é empreendida em conjunto [...] Num relacionamento de cura verdadeiro, ambos curam e ambos são curados.

Raquel Naomi Remen

CAPÍTULO 4

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO SOL: UMA PRÁTICA DE SAÚDE QUE EMANCIPA

Os resultados dessa pesquisa correspondem à *sistematização* propriamente dita, razão pela qual, neste capítulo, faço um retorno às características do cenário da pesquisa, re-situo a história do grupo, focalizo minha experiência no grupo, obedecendo às fases descritas por Holliday (1996) para o processo de sistematizar experiências. O capítulo traz também a análise-síntese e interpretação das falas das colaboradoras e de suas histórias com o Grupo Sol, apresentados segundo as categorias já enunciadas, tanto aquelas identificadas na prática da coordenadora quanto as eleitas para análise do material empírico, e por temas, incluindo outros que foram construídos pela recorrência e mostraram correspondência com o método de Holliday. Como há uma trajetória de impactos e mudanças que se observou no processo do Grupo Sol, marcada pelos níveis individual, da relação com o outro e coletivo, apresento este material em uma seqüência que considere mais lógica, começando pelo individual (autonomia, empoderamento e auto-estima), passando pela dimensão relacional (trabalho educativo e relação profissional-paciente) e chegando ao coletivo (grupo, apoio social e redes sociais) e à dimensão de transcendência-espiritualidade. As contribuições advindas dos autores com quem dialogo, fazendo recortes, apropriações e interpretações de conceitos e

categorias, são utilizadas para compreender as falas das colaboradoras e para analisar e ressignificar os dados produzidos. Os relatos completos das colaboradoras, construídos após a realização das etapas de transcrição, textualização, transcrição e conferência, compondo as histórias das mulheres com o Grupo Sol, são apresentados nos Anexos, com o intuito de não causar uma fragmentação no fluxo do texto.

4.1 Re-situando o cenário da pesquisa

O Grupo Sol - grupo de mulheres, objeto dessa pesquisa – foi criado em 1996, na comunidade de Vila Canoas, no bairro de São Conrado.

Vila Canoas localiza-se na zona Sul da Cidade do Rio de Janeiro – RJ, e apresenta uma população de aproximadamente 1.795 habitantes, segundo o levantamento da equipe do PSF local, realizado em 2007.

Segundo informações dos moradores mais antigos, a população de Vila Canoas constituiu-se, em sua origem, por imigrantes, vindos, principalmente, do interior do Estado da Bahia, de outros estados do nordeste e de Minas Gerais.

A comunidade de Vila Canoas conta com a atuação de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), desde 1999, fazendo parte da rede de assistência do SUS, inserida na AP 2.1. A equipe da USF, durante o tempo de vigência do Grupo Sol, era composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACSs). A USF possui hoje uma área de abrangência com 595 famílias cadastradas, todas cobertas por ACSs. Dos 1.795 habitantes, 917 são do sexo feminino e 878 são do sexo masculino, sendo 1.736 alfabetizados.

Os aspectos demográficos da área de abrangência, segundo dados extraídos do Relatório de Avaliação do Serviço da USF, datado de 2007, são caracterizados por uma renda familiar da população em torno de dois a cinco salários mínimos e pelas ocupações mais referidas: do lar, estudantes, aposentados, vendedores, domésticas e sem ocupação.

Em relação às condições de vida da população, praticamente 100% dos domicílios são de alvenaria (593 são de alvenaria e 2 de madeira) e 100% da área possui saneamento básico, não sendo encontrada rede de esgoto a “céu aberto”. A área possui água encanada e, quanto ao tratamento no domicílio, 538 moradores fazem uso de água filtrada, 51 usam água sem tratamento e 4 utilizam a fervura para tratamento da água. Os meios de comunicação predominantes são a televisão e o rádio, existindo muitos moradores que fazem uso da internet.

As principais ruas que dão acesso à unidade de saúde são calçadas e pavimentadas. Existe, em uma das micro áreas, um pequeno riacho, representando uma área de risco, já que o mesmo é poluído pelos próprios moradores dos arredores e, nos períodos chuvosos, transborda, atingindo as residências ribeirinhas que ali se encontram.

Em relação aos recursos sociais, a comunidade conta com uma praça, que não se presta para a prática de esportes, uma pequena academia de ginástica, pequenos comércios, três igrejas evangélicas, duas associações de moradores, uma creche municipal e uma creche comunitária. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, a grande maioria da população, quando adocece, recorre à Unidade de Saúde da Família e aos hospitais localizados nos bairros vizinhos (Hospital Miguel Couto e Hospital da Lagoa); outros moradores se automedicam, alguns utilizam fitoterápicos, outros recorrem às benzedeiras.

A USF tem estimulado, na comunidade, diversas atividades de promoção à saúde, como oficinas, encontros de jovens, grupos da terceira idade e outras, com o objetivo de humanizar o atendimento. Desde agosto de 2006, está sendo desenvolvido, por um grupo de terapeutas voluntários, um trabalho de promoção da saúde, a Terapia Comunitária. Essa atividade vem sendo desenvolvida semanalmente desde agosto de 2007, participando dela moradores da comunidade e alguns dos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família.

4.2 Reconstruindo a história do Grupo Sol

A prática desenvolvida no Grupo Sol, com as mulheres da comunidade de Vila Canoas, era vinculada à Paróquia de São Conrado e iniciou-se em janeiro de 1996. Seguiu um modelo construído por sua coordenadora, uma médica, com formação em Psicologia Médica (pelo Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas) e experiência profissional neste campo, desde 1982, atendendo a mulheres, casais e famílias, nas áreas de gravidez, infertilidade, adoção, parto, amamentação e pós-parto. Antes disso, a coordenadora do grupo já havia participado de outras ações de saúde na comunidade de Vila Canoas, como o atendimento em Psicologia Médica e Educação para a Saúde na Unidade Paroquial de Saúde de Vila Canoas. No período de 1988 a 1991, desenvolveu capacitações voltadas aos agentes de saúde contratados pelo PSF da comunidade, coordenou grupos de mães e realizou interconsultas com pediatras, odontólogos e assistentes sociais.

Este trabalho constitui-se em uma opção ética, política e metodológica, em função de um de seus objetivos principais: favorecer o empoderamento e a construção da autonomia das

mulheres participantes do grupo, apostando na desconstrução e reconstrução das identidades femininas. Seu horizonte ético passava por propiciar melhores condições para que as mulheres, individualmente e como grupo, pudessem ser mais felizes e ganhar em qualidade de vida, centrando-se mais em si mesmas, assumindo-se e cuidando-se.

A prática do Grupo Sol permitiu as mulheres recuperarem, crítica, objetiva e subjetivamente, suas experiências de vida, e aprender com elas, com a finalidade de construir uma atitude mais positiva em relação à vida. Foi uma importante oportunidade de erradicarem os sentimentos de culpa, tão marcantes na construção da subjetividade feminina. Ao viverem a experiência da identificação com as “similaridades” uma das outras, tornou-se possível a construção de um sentido coletivo de suas experiências e a projeção dessas como um fator de empoderamento. Ao falarem sobre os elementos positivos de suas vidas - sonhos, aspirações e demandas - assim como também sobre os elementos conflitantes e excludentes - medos, tristezas, dominações, repressões etc. - em um processo de reconstrução e análise, tornava-se possível que as mulheres se dessem conta do que havia se passado com elas, daquilo que poderia vir a acontecer e como acionar suas potencialidades e promover o cuidado necessário ao terem que preparar-se para enfrentar novas condições de vida.

O trabalho também promovia a tomada de consciência das condições de opressão e o desenvolvimento da capacidade de relacionar-se, de decidir e construir a emancipação. Isso passava também por evidenciar a violência contra elas em suas distintas expressões - doméstica, de gênero, patrimonial, psicológica, física, sexual, etc. Isso, em alguns momentos, foi muito doloroso para a coordenadora, porém se fez necessário para que, ao reconstruir historicamente as experiências, recuperando as histórias individuais ou coletivas de violência, fosse possível caracterizá-las, desmitificá-las e denunciá-las, como uma maneira de assumir o desafio ético e político de erradicá-las.

Em janeiro de 2003, o grupo foi retirado da paróquia e sua coordenadora foi desligada da instituição, por iniciativa do pároco responsável pelas atividades da igreja local, ocasionando um sentimento uma perda de espaço de comunicação e de identidade grupal, como se pode observar na fala de uma participante.

Eu só deixei o grupo quando ele acabou. Quando o padre disse que a casa não podia mais ser usada, que tinha que desocupar. [...] Lá na Casa do Girassol era ótimo. Tinha banheiro, tudo direitinho, tudo limpinho. Depois passamos para aquele buraco, aquele beco. Fiquei um pouco sentido com o padre. Porque ali que a gente se encontrava. Era ali que nós despencávamos a nossa dor, a nossa angústia. Era ali, naquela reunião. Cada um dizia o que estava sentindo. E era tudo escrito. Tudo ali bonitinho. Depois ele deu aquele.... disse que não podia mais pagar, que precisava

daquilo ali... Que tinha que desocupar. Tinha que acabar. A Gema ficou muito sentida. A gente também ficou. (Althaea)

A partir daí, a atuação da coordenadora passou a ser voluntária e as reuniões do grupo prosseguiram até 2005, sendo realizadas em diferentes locais, como na casa de uma das moradoras, na sede da associação de moradores e num quarto pequeno alugado com a verba gerada por doações de vizinhos da região.

Nos encontros do Grupo Sol, de frequência semanal e abertos para toda a comunidade, eram abordados vários temas como violência, falta de segurança, trabalho, desemprego, uso de drogas, saúde, prevenção de doenças, a doença em si e seus sintomas, independência, preocupações comuns ligada à condição feminina, família, vida conjugal, educação dos filhos, vida em geral etc.

Esses encontros mobilizavam os recursos próprios das participantes - individuais e sociais - na busca de solução dos problemas individuais e coletivos que afetavam a comunidade. O grupo também constituía um espaço de fala e alívio de sofrimentos cotidianos resultantes dos dilemas humanos, como: saudade, baixa auto-estima, relações conjugais, relacionamento pais/filhos, condição feminina, desigualdades de gênero e classe social e relações de poder que violentavam e desempoderavam.

O grupo me ajudou na relação com meus filhos. Os filhos não são iguais. E o grupo me ajudou muito nessa parte também, na comunicação com eles. Nesse ponto eles são uns filhos muito chegados a mim, estão sempre junto. Eles chegam de noite e vêm aqui em casa. Se eu estou deitada por aqui, eles vêm aqui. Quer dizer, não são aqueles filhos desligados, não. (Capuchinha)

Os encontros eram realizados na Casa do Girassol, localizada no prédio que pertencia à paróquia da Igreja Católica local, onde aconteciam diversas reuniões e outras atividades desenvolvidas pelo grupo. Essa casa foi cedida pela paróquia para o uso da comunidade e do grupo. Era uma casa simples, que abrigava um consultório dentário e duas outras salas, uma muito pequena e outra razoavelmente ampla, em formato retangular, onde aconteciam as reuniões do Grupo Sol. Nessa sala também existia uma biblioteca popular, montada pelo próprio grupo, com livros oriundos de doações, e ainda um bazar, onde eram vendidas peças de roupas, também provenientes de doações, a preços simbólicos, para a população local. A renda obtida era revertida para o sustento do próprio grupo, como por exemplo, para a manutenção e limpeza da casa, para a compra de material de limpeza, água e alguns itens comestíveis, que eram distribuídos como lanche durante as reuniões do grupo.

A gente vinha para a Casa do Girassol, conversava... A gente ajudava a catar latinhas para vender para poder ajudar ao grupo, que precisava de muita coisa e não tinha. Eu e Athaea éramos as catadoras de lata. A gente vendia e entregava para a Gema, para ela comprar as coisas que precisava: papel higiênico, coisas para o próprio grupo, como desinfetante pra fazer limpeza, etc... (Agave)

A coordenadora do grupo tinha sempre a preocupação de proporcionar um clima acolhedor nos encontros. As mulheres eram recebidas com um lanche. Isso ajudava a criar uma atmosfera de confiança e acolhimento, deixando-as sentirem-se confortáveis para que suas inquietações, seus sonhos e as suas dores pudessem ser trazidos para o contexto do grupo. As cadeiras eram dispostas em círculo, com o intuito de criar um ambiente mais favorável para o diálogo e trocas.

Sobre o Grupo de mulheres [...] Tinha tudo ali. Tudo, tudo. A cartela, os assentos da gente... tudo certo. O fichário para anotar as coisas, o bazar, a escada para a gente ver nossa plantaçao lá em cima. A Gema enfiou os alfinetes na colcha de retalhos, feita por nós. Tudo ali. A gente ia se pesar ali naquela outra salinha. Tudo ali, certinho. Tinha uma cama, uma maca, uma coisa, sei lá. Tudo direitinho, tudo no seu devido lugar, tudo limpinho. (Capuchinha)

Começávamos os encontros sempre com a leitura de algum texto avulso, escolhido por uma das coordenadoras ou do livro “Coragem para Mudar”¹⁹, trazido por uma das participantes do grupo, que fazia parte da literatura básica do grupo de apoio a amigos e familiares de alcoólicos – Grupos Familiares AL-ANON. Esse livro trazia temas e citações que proporcionavam reflexões sobre a realidade do dia-a-dia das participantes.

Após a leitura do texto, começava a roda de conversa, onde os temas eram escolhidos pelas próprias mulheres, e circundavam seus sofrimentos cotidianos. Era garantida a fala a todas as participantes, utilizando-se de um artifício idealizado pelos índios em sua cultura, e trazido para o grupo. Era um girassol de barro, feito a mão por uma das participantes, sustentado pelas mãos da mulher que estava com a palavra naquele momento. O girassol funcionava como o bastão utilizado pelos índios: era passado de mão em mão, para garantir a fala de quem o segurava, o respeito e o silêncio do grupo.

Às vezes, a primeira fala era superficial. Mas, à medida que cada mulher falava de sua preocupação, o grupo ia realizando um aprofundamento, gerado pelo afloramento das emoções. Apareciam os sentimentos de ansiedade, abandono, desamparo, insegurança, medo, preocupação com a criação e sustento dos filhos, sentimento de culpa, sentimento de

¹⁹ GRUPO FAMILIARES AL-ANON DO BRASIL. *Coragem para mudar. Um dia de cada vez no Al-Anon – Ano II*. Virginia Beach: Alanon Family Group Headquarters, 3ªed., 2000.

sobrecarga, gerada pela falta de apoio dos companheiros nas tarefas domésticas. As reflexões sobre a existência cotidiana visavam uma ação no sentido de transformá-la. Havia um intuito de interrogar a realidade e descobrir nela as potencialidades de um outro real. Conhecer para transformar; ler a própria vida e escrever a própria história; aprender para viver melhor.

Os problemas levantados e as estratégias de enfrentamento eram anotados em meu caderno de notas como também os registros das impressões desses encontros.

Durante as reuniões, as mulheres, muitas vezes, cantavam. As músicas eram, normalmente, canções religiosas ou canções populares, que expressavam o sentimento dominante no momento.

As reuniões do grupo eram quase sempre finalizadas com todas em pé, fazendo uma oração e se juntando em um abraço coletivo.

O grupo se desdobrava em outras atividades, como o grupo de mães, a horta em caixotes, o grupo de controle de peso, o grupo de unibiótica²⁰, oficinas de alimentação natural e alimento vivo (BIOCHIP), o bazar, a biblioteca, o grupo de musicalização e o grupo de plantas medicinais.

O grupo era muito bom, muito bom... O grupo ia à praia, fazia unibiótica... Era aprender a plantar, a cultivar, tudo em caixotes. Teve até uma reportagem da Globo “A horta no telhado”, na que fizemos na laje da capela. Até morango agente colhia. (Agave)

A horta em caixotes foi experiência concretizada no último andar da Casa do Girassol, na laje, com base no conhecimento desenvolvido por profissionais da **Horta-Escola da Prefeitura do Rio de Janeiro**, localizada ao lado do Via Parque - *Shopping Center* na Barra da Tijuca.

Foi um aprendizado muito bom. Muitas coisas eu aprendi com ela, com o grupo. Começamos com uma horta de plantas para fazer medicamentos e algumas verduras no telhado da capela. Tínhamos tudo plantado em caixotes. Depois fizemos um minhocário para fazer húmus pra colocar nas plantas. E foi muito bom. (Agave)

O grupo de plantas medicinais, um desdobramento dessa experiência, cuidava do plantio de mudas medicinais e da produção de medicamentos fitoterápicos, contando com a orientação e supervisão de um técnico em produção de fitoterápicos. Os xaropes, tinturas e pomadas, produto do trabalho deste grupo, eram distribuídos para os moradores da

²⁰ A Unibiótica é um “método natural que propõe a recuperação e manutenção da saúde”, com base no “treinamento constante da capacidade física, intelectual e moral”, desenvolvido por um médico coreano chamado Jong Suk Yum (PEREIRA, 2007).

comunidade que deles necessitassem, mediante receita médica, prescrita pelo médico da Equipe de Saúde da Família que trabalhava na comunidade.

Também tinham os remédios que fazíamos e os xaropes das plantas que colhíamos. Se fazia na casa da Tulipa. Vinha um entendido fazer as misturas, separava, para depois fazermos as fórmulas. Isso tudo artesanal. Mas era muito bom. Ainda comprávamos o mel, pra fazer o xarope. (Agave)

O grupo de controle de peso se reunia semanalmente para conversas sobre alimentação saudável e para a pesagem das mulheres. Havia, para cada mulher que fazia parte do grupo, uma ficha com um gráfico, onde era registrado o peso, semanalmente, para que houvesse um panorama do ritmo de emagrecimento/ganho de peso. Era um grupo de apoio, muito semelhante ao grupo dos Vigilantes do Peso²¹.

Tínhamos para fazer o peso, quem ta muito gordo, muitas pessoas estavam acima do peso... Aí ela sempre explicava a dieta de emagrecimento. Tinha o peso, toda semana... (Agave)

O grupo de Unibiótica reunia-se semanalmente na Praia de São Conrado, para praticar a Unibiótica, com uma professora que oferecia as aulas como voluntária.

Houve também oficinas de alimentação natural e alimento vivo (BIOCHIP), oferecidas por uma professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO), em que as mulheres aprendiam sobre uma forma de se alimentar alternativa, com base em alimentos crus e em sementes germinadas. Aprenderam também a produzir húmus para o uso no cuidado e na adubação da horta orgânica.

O bazar de roupas usadas, recebia peças de roupas oriundas de doações, que eram vendidas a preços simbólicos. Era um espaço que promovia a auto-estima das mulheres, pois conseguiam adquirir roupas com preços acessíveis, que as tornavam elegantes, com a aparência bonita, havendo ainda o espaço coletivo de experimentação das roupas, com a troca de opiniões sobre os modelos e estilos, constituindo um espaço de valorização do corpo e da beleza de quem freqüentava o bazar.

A biblioteca dava acesso às mulheres a livros diversos, desde literatura, literatura infantil, até livros técnicos, de auto-cuidado, auto-ajuda, etc. Havia, também, o grupo de musicalização, com aulas de percussão, oferecidas por um professor de música voluntário.

[...]E aprendemos, assim, muita coisas, como lidar com as crianças, com a casa, com a família, enfim, foi muito bom. Tínhamos também a ginástica que fazíamos na praia, a

²¹*Vigilantes do Peso* é um programa de emagrecimento e manutenção de um peso saudável. É um grupo de apoio social que organiza reuniões semanais por todo Brasil, com o intuito de oferecer suporte aos associados, motivá-los e proporcionar o contato entre eles. (VIGILANTES DO PESO. Disponível em: <<http://www.vigilantesdopeso.com.br/empresa-nossa-filosofia.aspx>>. Acesso em: 28 jun.2008).

Unibiótica, com a Margarida. Ela nos ensinou também a fazer uns sucos de clorofila. Íamos na horta, lá no Via Parque, organizávamos o grupo. A gente ia para lá fazer aquelas comidas, fazer aqueles legumes crus. Cada um fazia seu prato, aí trocava, um dava para o outro. E era assim... muito bom, muito bom mesmo.(Agave)

Lá na Casa do Girassol tinha também outras coisas: tinha a balança, tinha instrumentos musicais, que a gente começou a aprender música, percussão... Só que não durou muito, pois o professor morreu logo, também, e aí acabou. Tinha muita coisa. Tinha bazar. Coisas que eram doações. Aí se fazia aquele bazar para o pessoal comprar mais em conta as roupas.(Agave)

4.3 Minha participação na experiência

Já conhecia a comunidade de Vila Canoas, o ambiente e muitos dos profissionais que lá trabalhavam, pois tinha morado na rua ao lado, de 1972 a 1986, tendo participado de movimentos populares junto a seus moradores e trabalhado como dentista voluntária, na unidade de saúde da Igreja Católica local, no ano de 1998.

A minha aproximação do Grupo Sol se deu em 2002, quando ingressei no PSF de Vila Canoas, assumindo o cargo de dentista. Como neste momento, a USF não contava com um consultório odontológico onde eu pudesse realizar os atendimentos clínicos, minha carga-horária de trabalho de 40 horas semanais era preenchida basicamente por ações de educação e saúde, planejadas por nossa equipe de trabalho. Uma das ações, da qual eu participava semanalmente como coordenadora adjunta, em parceria com a médica, criadora do grupo, consistia na reunião do Grupo Sol.

Nas reuniões do Grupo Sol, nas consultas odontológicas individuais - que num segundo momento começaram a acontecer, no espaço físico de um posto de saúde municipal do bairro vizinho -, e nos grupos de educação e saúde, podia perceber a realidade social na qual esses moradores estavam inseridos, a falta de emprego, a falta de segurança, a desestruturação familiar, a desarticulação da assistência imposta pelo sistema de saúde, a angústia pela demora na marcação de exames, o medo que gerava a falta de cuidados médicos e a ausência de espaços de fala para elucidarem dúvidas, dividirem preocupações e aglutinarem as forças, com a intenção de buscar melhores condições de vida. Essas contradições sociais eram socializadas nos encontros do Grupo Sol, onde percebíamos que os discursos, os gestos e as expressões corporais ancoravam medos e ansiedades que estavam presentes. A circulação de informações nas reuniões do grupo mobilizava recursos internos para que as participantes pudessem superar as adversidades impostas no seu dia-a-dia. Esses momentos representaram uma rica troca de experiências e de saberes, a partir do respeito

mútuo entre os saberes, em uma perspectiva de complementaridade, sem que houvesse rupturas com a tradição dessas mulheres e nem a desvalorização das contribuições da ciência moderna para com suas vidas. Esse modo de operar em saúde me ajudou a problematizar o modo hegemônico de fazer saúde, em que o trabalhador age em uma só direção: dele para o outro como seu objeto, negando o agir do outro e seu saber, apontando-os como “crenças”, por serem de menor valor científico, sem que pudessem ser legitimados como produtores de cuidado.

A minha inserção nas atividades do Grupo Sol facilitou minha aproximação às mulheres e aos moradores da comunidade. Foi uma oportunidade para fortalecer nossos vínculos e conhecer também suas histórias de vida, seus medos e inquietações, assim como sua cultura, seu modo de pensar e levar a vida. A minha participação no grupo permitiu que me reconstruísse como profissional de saúde, contribuindo para que eu me tornasse mais cúmplice, mais vinculada, e apurasse minha escuta. As idéias de Paulo Freire, expressas na forma da coordenadora conduzir o grupo, me ajudaram a ressignificar muitas coisas na vida e no mundo. Só após o contato prolongado com estes grupos e de ter vivenciado um trabalho educativo que não se enquadrava na lógica usualmente proposta é que pude identificar melhor a riqueza, a criatividade e a pluralidade de estratégias das camadas populares frente à questão saúde. O trabalho com o grupo me ajudou a reconhecer e a apreciar a riqueza da diversidade humana, a melhor compreender o homem como um ser integral, a ter uma maior compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes, a ampliar o conceito de saúde e da capacidade de interagir com outros profissionais e de trabalhar em equipe. Com o grupo aprendi a a trabalhar em equipe, a viver e conviver com o outro, a estabelecer parcerias, a lidar com situações de imprevisibilidade, a problematizar, a indagar, a ser crítica, a observar mais, a escutar com mais sensibilidade, a interagir respeitando o saber do outro, a me comunicar dialogando, a emitir opiniões explicitando conflitos e buscando consenso, a admitir que os outros pensem de modo diferente, a simplificar e facilitar as informações.

O trabalho com o Programa Saúde da Família, por mais de dois anos, e o conseqüente convívio estrito com a população assistida, contribuíram para que eu aprendesse ampliar a minha escuta e me abrisse para a experiência da diversidade. Nas palavras de Julio Wong Un, pude “apreender os detalhes invisíveis, as emoções delicadas, a maravilha, o espanto e a oportunidade única que representa o diálogo (e o aprendizado) com comunidades em busca da saúde” (WONG UN, 2002, p.4). Com base nas idéias de Wong Un, que tem como eixo central a proposta da poesia como forma complementar de compreensão do “comunitário”, pude

compreender, com mais nitidez, o que se passou comigo, em minha trajetória profissional, com relação ao que o autor chama “saber produzido” no “transcurso da experiência poética do mundo” (WONG UN, 2002). Vejo, portanto, com essas lentes, que minha experiência no trabalho em saúde com as classes populares fez acender em mim sentimentos como o de partilha, o de cumplicidade, o de solidariedade e de respeito pelos seus saberes e sabedorias, sentimentos estes que vieram a fortalecer meus compromissos éticos e políticos como pessoa e como profissional de saúde. O que aconteceu e acontece comigo coincide com a perspectiva assumida por Wong Un, de que a experiência comunitária pode funcionar como catalisador de mudanças da profundidade do “Ser”, da visão e interação com o mundo. Nesse sentido, a participação no trabalho comunitário fez com que eu entrasse e percorresse “caminhos de transformação”. Como consequência, posso afirmar que o convívio na comunidade e o trabalho comunitário em saúde, passaram a fazer parte de um caminho de busca pessoal de crescimento e transformação.

Como profissional do PSF na comunidade de Vila Canoas, participei como coordenadora adjunta do Grupo Sol. A convivência com esse grupo, na perspectiva da *educação popular em saúde*, provocou em mim uma forte transformação no que diz respeito à abertura dos sentidos, à ampliação da minha capacidade de compreensão do outro, ao favorecimento do exercício de empatia com a população e ao reconhecimento da importância de trabalhar as emoções e as subjetividades. O problematizar o encontro com o outro, o conhecimento do mundo, as formas de cognição, as relações entre saber e poder, entre conhecimento e ética, me transformou, no que se refere ao reconhecimento de saberes, culturas e poderes. Essa vivência, além de me transformar, propiciou identificar um outro estilo de atuação profissional - o da coordenadora do Grupo Sol - e o que este estilo pode ocasionar em termos de consequências para a Saúde Pública. Isto, mais uma vez, corrobora a concepção de Wong Un (2006), em relação ao potencial transformador das experiências comunitárias, ilustrada ainda pela fala da coordenadora do grupo, Gema.

[...] *A minha experiência com o Grupo de Mulheres de Vila Canoas, mudou tudo na minha vida. Foi uma experiência, que eu recorro a ela quase todos os dias da minha vida.*

[...] *Eu sou hoje uma pessoa completamente impregnada pelas experiências que eu vivi lá. E eu recorro a elas até na maneira de jogar o meu lixo fora, produzir menos lixo, de não jogar comida fora, de descascar uma laranja, que eu aprendi com a Dona Capuchinha... a bordar, a costurar... só de olhá-las. Não era pelo que falavam... Mas pela experiência de participar, de compartilhar a vida, de conhecer... Conhecer a fundo e de perto as pessoas no seu dia a dia... Se você está disposto a abrir os olhos e conhecer o máximo que você puder de uma pessoa, seus gostos, os seus amores, os seus desamores, as suas dificuldades, os seus limites... e amar essa pessoa, aceitando-a como ela é, você aprende tanto e se impregna de algumas*

coisas dessa pessoa e vai se transformando... Isso pode acontecer com todos nós, não é? Nos misturamos e nos transformamos o tempo todo... E é isso que faz valer a pena viver. (Gema)

A vivência do trabalho comunitário teve, para mim, conotação semelhante a essa, reafirmando o convite de Wong Un para que os profissionais de saúde “entrem e percorram *caminhos de transformação* – deixando-se transformar, modificar [...]” (WONG UN, 2006).

Outro aspecto importante da minha participação na experiência foi em relação ao trabalho em equipe. A oportunidade de trabalhar numa equipe aberta aos diálogos intra-equipe ofereceu-me mais chances de ampliar o meu objeto de ação, alargando também minha “caixa de ferramenta”. Isso permitiu que eu colocasse mais uma vez em xeque as práticas instituídas inter-profissionais que operam na saúde e construísse novos sentidos para o fazer em saúde. No que diz respeito à produção de conhecimento, esse processo me levou, como pesquisadora, a ressignificar meu olhar sobre as tecnologias leves relacionais e para a competência de um agir cuidador.

4.4 Entendimento do universo feminino

Por se tratar de um estudo de um grupo de mulheres em interação, voltado à promoção da saúde, considero importante abordar nesse trabalho questões relativas ao universo feminino. Contudo, nessa pesquisa não há a intenção de promover uma discussão aprofundada acerca da perspectiva de gênero, nem de adotá-la como uma categoria de análise. Assumi como necessário tecer considerações sobre o tema, porque a saúde da mulher também é um dos eixos orientadores da proposta da Atenção Primária à Saúde, e ainda porque este assunto era trazido o tempo todo pelas próprias participantes do grupo e por sua coordenadora, estando relacionado às difíceis questões que afetam a vida das mulheres e de suas comunidades e às dimensões socioculturais e políticas mais amplas que afetam suas vidas, particularmente daquelas que vivem em contextos de pobreza, violência e exclusão de direitos de cidadania. A opção por abordar o tema está também relacionada ao fato de conceber que existem inúmeros fatores não-biológicos que alteram o equilíbrio saúde–doença, como os aspectos psicológicos, emocionais, relacionais, espirituais e sociais. Esses fatores são influenciados por questões econômicas, políticas e sociais. Como a preocupação central da prática no Grupo Sol é fomentar a relação entre educação e saúde, pensar a saúde de um grupo de mulheres, trabalhadoras, pressupõe situar as mudanças sócio-históricas, não só nas relações de trabalho, mas em todos os planos da vida social - nas relações familiares, na

modificação do imaginário burguês da imagem feminina, nas relações do cotidiano. Isto significa que, ao relacionar saúde com emancipação total, a coordenadora do grupo se preocupava em pensar as questões que traziam obstáculos à plena realização das mulheres como pessoas, em sua atuação no mundo, e também nos preconceitos que lhes dificultam o desenvolvimento. A meu ver, a questão da promoção da saúde e as ações de educação em saúde, passam necessariamente pelo envolvimento dos profissionais de saúde, e também da sociedade em uma reflexão que inclua também aspectos relacionados à questão da subalternidade da mulher, e à luta social contra as desigualdades, sobretudo a de gênero, visando a busca de transformações e de soluções para os problemas vigentes no campo da saúde.

No mundo em que vivemos podemos ainda encontrar fortes traços de um pensamento construído pela sociedade burguesa, que considera as mulheres um grupo social distinto do grupo dos homens, as marginaliza nesta diferença, e as limita num papel estereotipado (WHITAKER, 1988).

O patriarcado é uma ideologia e uma cosmovisão que constrói as subjetividades masculinas e femininas e organiza as relações sociais, com base na subordinação do feminino ao masculino. É interiorizada tanto pelos homens como pelas mulheres. Portanto, existe na medida em que ambos os polos – contraditórios, mas complementares - sustentam uma relação legitimada. (TORRES, 2003, tradução livre).

Segundo Torres (2003), essa relação prejudica tanto as mulheres quanto os homens, sendo responsável pelas alarmantes cifras da violência contra as mulheres, pelo aumento dos divórcios e dos suicídios entre os homens.

Conforme Giffin, “[...] na divisão do mundo em esferas "genericadas", a "divisão sexual do trabalho" que o feminismo questionou, assentou-se a identidade masculina no seu atributo de provedor, e a feminina no seu papel de doméstica e reprodutiva, de mãe” (GIFFIN, 2002, p.1). “[...] A diferente alocação dos gêneros na divisão sexual do trabalho reporta ao patriarcalismo como ponto de referência (GIFFIN, 2002, p.2).

Nas sociedades patriarcais, o masculino e o feminino são tidos como superior e inferior. Essa construção baseia-se em diversos sistemas filosóficos e nos mitos de origem dos seres humanos construídos por várias civilizações. E da relação patriarcal que o homem emerge como principal ganha-pão familiar e a mulher como trabalhadora complementar — tendo na reprodução da família seu principal campo de atividades, partindo daí a própria construção de sua identidade (PENA, 1981, apud GIFFIN, 2002, p.2)

Por mais que esses valores estejam em transformação, ainda existe hoje uma maneira culturalmente feminina de existir, que marca o lugar das mulheres nas relações sociais e a

constituição de circuitos em que se organizam essas relações. E esse conceito de “feminilidade”, definido pela sociedade burguesa, que pouco ou nada tem a ver com o bom desempenho da sexualidade feminina, conta com mecanismos sutis, quase subliminares, utilizados no cotidiano da família e dos meios de comunicação de massa, para produzi-lo e sustentá-lo (WHITAKER, 1988).

O trabalho doméstico era um dos temas mais abordados nas reuniões do Grupo Sol. Segundo Giffin, o trabalho doméstico “[...] tem uma interferência decisiva na vida pessoal e profissional das mulheres, afetando sua saúde, sobretudo pela configuração de uma dupla jornada”.(GIFFIN, 2002, p.5). O trabalho doméstico, de acordo com Pena (1981), está no cerne da opressão feminina.

Essa problemática aparecia com frequência na fala das mulheres nas reuniões do grupo, corroborando as colocações de Giffin (2002) acerca do trabalho doméstico. A coordenadora do grupo trabalhou e aprofundou essa questão, desconstruindo a visão, produzida ideologicamente, de que o trabalho doméstico seria apenas um atributo feminino, (BRITO & D'ACRI, 1991).

De acordo com Giffin, a fragmentação entre o mundo do trabalho e o mundo doméstico, com suas bases ideológicas, privilegia o papel reprodutivo feminino, em detrimento da sua intervenção no mundo social (GIFFIN, 2002, p.3). As reflexões desencadeadas nas reuniões contribuíram para que emergissem no grupo outras concepções, incluindo a de que o trabalho doméstico pode ser uma atividade a ser dividida entre homens e mulheres. A definição básica da mulher como pertencente “a uma dinâmica alheia, como ser do lar, da família, do casamento, da maternidade” (PAOLI, 1985, p. 86), também era comumente colocada em questão, colaborando no sentido da desconstrução de uma identidade feminina já dada, determinada socialmente para essas funções (GIFFIN, 2002).

A dificuldade crescente dos homens produzirem uma renda familiar suficiente, ou mesmo de manter um trabalho estável, reflete numa "transição de gênero", em que as mulheres não somente "ajudam" como também começam a ser responsabilizadas, e a se considerarem responsáveis, pela provisão de renda (GIFFIN, 2002). Essa figura da "nova mulher independente", “[...] que controla sua fecundidade, trabalha fora e tem seu dinheiro ‘próprio’”, contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e de classe social (GIFFIN, 2002).

[...]como resultado da idéia tão difundida de que mulheres e homens não podem realizar tarefas iguais devido às diferenças biológicas, ambos os sexos tornam-se oprimidos nas suas

possibilidades de expressão e encontram-se aprisionados em padrões específicos de desgaste.
(p.6)

No grupo, as conversas acabam por explicitar essa maneira feminina de existir, assim como as intenções por trás de um mundo organizado, regido e ocupado pelo estereótipo masculino. Vinham à tona as formas de dominação, escondidas sob a aparência de uma possibilidade de participação, de uma igualdade de oportunidades na vida social, e a própria organização da família reproduzindo e sublinhando esses estereótipos. Surgiam reflexões sobre as vantagens e desvantagens de um estilo de vida apoiado nesses estereótipos e sobre como a sobrevivência de estereótipos ligados ao papel social impede as mulheres de partilharem realmente a responsabilidade dos filhos com os respectivos companheiros. Quando isso se dava, em geral observa-se a presença de uma carga de culpabilidade, como se a escolha de uma nova forma de lidar com a questão, representasse, na verdade, um desvio da normalidade.

Observava-se também, nas mulheres, uma constante falta de confiança em si, uma certa autodepreciação, que trazia um sentimento de solidão e impotência, como conseqüência do isolamento advindo da vida doméstica.

Podemos relacionar a esse quadro as colocações de Gertrud J. Selznick (*apud* WHITAKER, 1988, p.32). A cientista social norte-americana afirma que “a socialização para autonomia e independência pessoal” depende de:

- orientação para o domínio sobre o meio;
- auto-estima e autoconfiança;
- aspirações que ajudem a expandir e a não constranger o eu;
- níveis adequados de habilidades e conhecimentos.

Em relação a esses fatores, Whitaker coloca que os meninos são melhor preparados para lidar com o espaço público e a mulher para melhor lidar com o espaço privado, o que facilita, no caso dos homens, o desenvolvimento de uma maior habilidade para a ação e para o movimento no espaço público. Com relação às mulheres, a vida de muitas delas consiste em construir os caminhos que permitem a realização dos outros, o que compromete de forma contundente sua auto-estima. Segundo Arakcy Martins Rodrigues (*apud* WHITAKER, 1988), as interações dos indivíduos dentro da família definem papéis sociais que acabam sendo incorporados como características de personalidade. Como conseqüência dos papéis familiares assumidos, muitas mulheres renunciam até a percepção de suas próprias necessidades, o que afeta sua auto-estima.

As mulheres, na sua grande maioria, bloqueadas por essa “diferença”, entendida como inferioridade, instalam-se numa negatividade delas mesmas, considerando que as oportunidades foram perdidas por sua única responsabilidade e que são individualmente culpadas da marginalidade em que se encontram. Percebe-se a presença de um condicionamento oculto, vindo desses estereótipos, que determinam, em parte, os destinos individuais. O grupo e as reflexões feitas durante os encontros, levavam as mulheres a desocultar o condicionamento das “escolhas” e a buscar na memória os momentos em que as opções eram feitas, em nome de que convicções e de que modelos. E esses condicionamentos eram revelados com mais clareza no grupo, por constatar-se o fato como uma experiência coletiva e não apenas individual. Apesar de se observar entre as mulheres participantes do grupo algumas experiências de redefinição familiar, foi possível constatar que elas são minoritárias e a responsabilidade pela criação dos filhos continua sendo, fundamentalmente, das mulheres. Contudo, observou-se uma transformação concreta na socialização dos filhos, expressa em sua escolarização. Isso demonstra que esse processo educativo, de reflexão, pode transformar a consciência, os valores e os comportamentos das mulheres.

No grupo participavam somente mulheres. Desde sua criação, o grupo sempre esteve aberto para a participação de homens e mulheres. Contudo, era nula a participação de homens. Duas são as supostas principais razões para esse fato:

- 1) O trabalho doméstico possibilita a participação em grupos de discussão. Os homens, em geral, tem um horário de trabalho fora da comunidade que inviabiliza a sua participação nas reuniões do grupo.
- 2) As mulheres são as principais responsáveis por assegurar o equilíbrio psicológico da família, por isso buscam ajuda no coletivo, nesse tipo de grupo de apoio.

4.5 As transformações pessoais: auto-estima, autonomia e empoderamento

Hoje em dia, com a pós-modernidade, “a distância em relação ao outro tornou-se distância de si mesmo em relação a si mesmo” (DUFOR, 2001).

Segundo Dufour (2001), o “sujeito pós-moderno não é apenas defasado, mas é dissociado”.

O sujeito pós-moderno parece destinado a uma condição subjetiva definida por um estado limite entre neurose e psicose, cada vez mais preso entre melancolia latente, impossibilidade de falar em primeira pessoa, ilusão de onipotência e fuga para frente na direção de falsos eus ou personalidades emprestadas, quem sabe múltiplas, oferecidas em profusão pelo mercado. (DUFOR, 2001, p.5).

Isso faz com que a relação com o outro se torne problemática, na medida em que a própria sobrevivência pessoal se encontra muitas vezes posta em dúvida (DUFOUR, 2001).

Por exemplo, a chamada depressão, doença da alma, atinge hoje permanentemente parcelas elevadas da população (fala-se de 15-20% dos indivíduos rotativamente). Aquela que um tempo era denominada a "paixão triste", transformou-se em bloqueio da ação e da iniciativa, diante da qual se reage com crescente recurso às curas médicas e especialmente aos anti-depressivos, dos quais o Prozac se tornou o emblema (DUFOUR, 2001, p.5).

Considerando a iniquidade de nosso sistema econômico e sua influência nos mecanismos de destruição das instâncias coletivas e do "estar juntos", gerando grandes ameaças à condição subjetiva produzida pela modernidade (DUFOUR, 2001), assumo que a auto-estima, a autonomia e o empoderamento são temas de suma importância para a saúde pública, razão pela qual são tomados como referências de análise neste estudo. Por esse motivo é que procurei analisar as transformações ocorridas nas mulheres participantes do grupo, dando ênfase a esses aspectos.

Ao procurar saber das colaboradoras, por meio da análise dos discursos, de que forma o Grupo Sol influenciou suas vidas, seu fazer cotidiano, a relação com os familiares, parentes, amigos e vizinhos, verifiquei que todas elas relataram a ocorrência de mudanças significativas na relação consigo próprias e na relação com as outras pessoas com quem convivem, no sentido de alcançar uma melhor compreensão de si mesmas e dos outros, como pode ser percebido nas falas de Alfazema e Althaea.

Eu aprendi muita coisa, inclusive compreender as pessoas, coisa que eu não sabia. Eu não sabia entender o que acontecia... Eu tinha raiva das pessoas, às vezes, e não entendia porque as pessoas eram assim. Isso me ajudou até para eu mudar minha vida também. Nessa que eu aprendi a entender a cabeça dos outros, eu me libertei de muita coisa, também, na minha vida pessoal. Sem contar que eu aprendi muita coisa sobre me cuidar, sobre a natureza, muitas coisas alternativas e a conviver melhor com as pessoas (Alfazema).

E quando ela [Gema] viu o meu sorriso, disse: -“ [...]Você agora está outra. Você fala. Você antigamente não falava. Você já chega aqui cantando. E todo mundo bate palma para você, sente sua falta”. Então foi aí que eu comecei tomar ‘tenência’ que eu era gente. Até então, eu não me dava como gente. Eu achava que eu era uma máquina só de trabalho. [...] O grupo que me ensinou a viver. Esse grupo que me ensinou a viver, a ser gente, a sair da fossa que eu vivia e ser outra pessoa. Me modificaram. Fui me modificando e hoje eu continuo mudada. (Althaea)

Perceber as mudanças que as participantes referem em sua vida, a partir do momento em que passaram a participar do grupo, demonstra que a prática estudada é uma tecnologia de cuidado, que vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas nela envolvidas, como indicam os seguintes depoimentos:

O grupo na minha vida foi que primeiro eu achava que eu não tinha espaço para mim. Eu achava que a minha vida era só trabalhar, aqui dentro de casa, trabalhar, trabalhar, trabalhar...[...] Até que chegou um dia que eu falei assim: - “Eu vou deixar tudo e vou seguir alguma coisa que não seja só trabalho”. [...]Aí eu fazia tudo e dizia: - “Não. Quarta-feira é sagrado.” E eu acostumei a ter aquele espaço. Podia ta desabando o mundo que eu ia pra lá. E também a Gema me ensinou muito também a dizer não. Eu não sabia nunca dizer não. Eu misturava tudo. Mas eu aprendi a dizer: - “Não. Agora não.”[...] Eu aprendi isso no grupo lá da Gema– o grupo de mulheres - a me organizar melhor e a dizer não. A saber o que eu quero e o que é bom para mim.(Capuchinha)

Minha vida era diferente na época que fazia parte do grupo. Era a alimentação, o que era bom pra saúde. Minha alimentação era diferente naquela época. A gente passou a comer mais legumes, não se comia quase. Era feijão, arroz... E, é isso. Sentia muita diferença. Para lidar mesmo com as crianças, com os netos, com os filhos... Isso entrou tudo... uma transformação muito boa. Uma diferença muito grande. Por exemplo, a alimentação, o jeito de cuidar, de falar, de fazer as coisas[...] (Agave)

O processo reflexivo, gerado durante os encontros, permite que as participantes descubram sua capacidade de resiliência²², redescobrimo-se como atores sociais. Os discursos abaixo revelam que a participação no grupo também melhora a auto-estima das mulheres, que, ao estabelecerem uma relação de maior cuidado consigo mesma, adquirem maiores habilidades e mais auto-confiança.

Eu vi muitas pessoas que tinham muito rancor, muito ódio, muita revolta. E foram mudando. A Althaea, por exemplo, ela tinha muito ódio, muita tristeza. E sempre doente e pressão alta e não se cuidava. Atualmente ela tem o maior cuidado com ela mesma. É totalmente diferente. Tem muitos resultados bons.[...] A Liatris aqui da comunidade mudou bem... Totalmente, sabe? Começa a se valorizar mais, começa a dar mais valor”. (Alfazema)

[...] Mas lá que eu fui aprendendo a aturar essas coisas. Foi lá. Foi lá que eu aprendi a aturar. Eu via cada caso que eu dizia assim: - Esse? Bom... o meu não é então assim tão ruim. O meu eu posso ir tirando ao meu jeito. [...] Ah, eu cantava, dava risada... mas era uma alegria muito grande quando eu chegava. E eu fui me regenerando, me reeducando, porque eu não sabia sorrir.Tinha a ginástica da praia. Eu era muito gaiata. Quando cantávamos “Melhorando tudo, melhorando todos” eu era a que cantava mais, que fazia mais palhaçada. Enfim, foi muito bom pra mim.(Althaea)

O fato de as depoentes encontrarem outras mulheres que vivenciaram os mesmos sentimentos, medos e angústias que elas, ao expressarem seus sentimentos no grupo, faz com que elas desenvolvam um sentimento de pertença.

²² Yunes (2003) considera a resiliência como a capacidade de o sujeito, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela, alertando para a necessidade de relativizar, em função do indivíduo e do contexto, o aspecto de superação de eventos potencialmente estressores, apontados em algumas definições de resiliência. O termo resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação num sentido dialético, representando não uma eliminação, mas uma re-significação do problema (JUNQUEIRA & DESLANDES, 2003).

A troca de experiência, a partir das partilhas em grupo, gera uma maior capacidade de superar as dificuldades do dia a dia, pois possibilita aos indivíduos construir um corpo de conhecimentos sobre os conteúdos discutidos em grupo, aumentando a capacidade de decidir sobre suas vidas, de se organizarem socialmente e de mobilizarem os recursos necessários para garantir seu acesso aos direitos básicos e à uma vida com mais dignidade, como ilustra Capuchinha a seguir.

O grupo na minha vida foi que primeiro eu achava que eu não tinha espaço para mim. Eu achava que a minha vida era só trabalhar, aqui dentro de casa: trabalhar, trabalhar, trabalhar... Uma época que ali ainda era de madeira. Vinham as senhoras da igreja, tinha círculos bíblicos, tinha reuniões ali e eu nunca tinha tempo de participar. Até que chegou um dia que eu falei assim: - “Eu vou deixar tudo e vou seguir alguma coisa que não seja só trabalho”. Sempre eu ia na Casa do Girassol. Eu secava roupa lá em cima, na laje lá em cima. Quando eu ia pegar roupa, elas estavam lá. Estava uma porção de gente lá e eu nunca achava hora para ir. Então eu achei importante também porque eu achei aquele espaço. Aí eu fazia tudo e dizia: - “Não. Quarta-feira é sagrado.” E eu acostumei a ter aquele espaço. Podia estar desabando o mundo que eu ia pra lá. E também a Gema me ensinou muito também a dizer não. Eu não sabia nunca dizer não. Eu misturava toda. Mas eu aprendi a dizer: - “Não. Agora não.” A mesma coisa acontecia ali na igreja, às vezes: -“Ah, tá chovendo. Tá, não é? Mas eu vou”. [risos...] É. Aprendi. Ano retrasado teve um auto da paixão de Cristo lá na praia [de São Conrado]. Vai fazer dois anos. Uma chuva, menina, mas uma chuva, que a enxurrada pulava nessa rua abaixo... Eu falei: -“E eu vou”. Meu marido falou: -“Ah, vai? Tá chovendo!” Eu respondi: -“Mas eu vou”. E fui. Fui ver. Ah... Cheguei lá, o rapaz lá da barraca arrumou um cantinho pra mim, lá embaixo da barraca. Secou uma cadeira lá que estava toda molhada. Ele secou pra mim. Porque a não ser que seja assim, você fica ali. Se você não aprender a fazer isso... Se eu não aprendesse, eu ia ser assim toda a vida, até morrer. Agora não. Agora aprendi. E parece que quando a gente fica só dentro de casa a morte chega até mais depressa ainda [risos...]. (Capuchinha)

As mulheres demonstram que desenvolveram resiliência, conseguindo adaptar-se com mais facilidade a situações adversas, superar as situações difíceis, aceitar as mudanças trazidas pela vida mais facilmente, mantendo maior clareza de propósito, calma e foco diante de situações adversas (CARMELLO, 2006). O termo resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação, em um sentido dialético, representando não uma eliminação, mas uma re-significação do problema (JUNQUEIRA & DESLANDES, 2003). Segundo Chiesa (2005), a resiliência como categoria prático do agir profissional, implica em: “instrumentalizar as famílias a se reconhecerem como importantes no cotidiano de seus integrantes valorizar o patrimônio (conjunto de recursos materiais e relacionais potenciais disponíveis) de que dispõem, resgatar seus direitos sociais, compreender as diferentes fases do ciclo de vida e valorizar o diálogo como ferramenta para exercitar a tolerância e respeitar as diferenças existentes entre seus integrantes” (CHIESA, 2005, p.25). A resiliência figura, então, como estratégia, habilidade válida e competência para o enfrentamento das

adversidades da vida, no sentido de ser capaz de superá-las, adaptar-se, recuperar-se, inclusive sendo transformado por elas, participando de uma vida ativa e participativa (GRÜNSPUN, 2003). Sendo assim, o fortalecimento dos vínculos afetivos individuais com a família e com os amigos e a participação de organizações sociais contribuem com o indivíduo no processo de resiliência, como se verifica na fala de Capuchinha.

Quando eu fiquei doente, tive muito apoio do grupo, porque naquela época meu marido trabalhava e minha nora também. E aí a turma toda vinha pra cá quando terminava o grupo. Então, foi muito importante pra mim. Que elas chegavam aqui, eu conversava, não é? A Vera falava assim: - “É bom porque quando elas vêm aqui mamãe interte”. Foi muito legal. E no tempo que eu estava no hospital também ia todo mundo lá... Begônia, Tulipa... a turma toda. E aqui em casa também. Toda semana elas vinham, duas vezes.(Capuchinha)

A troca de informações e as discussões realizadas no grupo contribuem para o empoderamento das participantes, para o fortalecimento do poder pessoal e coletivo. Em suas histórias, as colaboradoras deixam transparecer algumas mudanças sofridas, ou seja, deixam evidente que são mais responsáveis por suas próprias vidas, que elevaram sua autodeterminação e têm mais autonomia para tomar as próprias decisões.

A Unibiótica também me fez muito bem mesmo. Eu não perdia. Eu descia, andava, ia para lá e para cá. Depois me encontrava com a Gema, fazia a unibiótica e depois subia de novo. Às vezes ela trazia a gente de carro, me levava até o condomínio. Chegava feliz da vida. Num instante fazia minhas coisas. Fazia num instante. Num instante eu me desenvolvia. Mas quando foi acabando... O que que eu vou fazer da minha vida?(Althaea)

As colaboradoras demonstraram sinais de mudanças na convivência com o grupo, por meio do grau de envolvimento com as atividades desenvolvidas por ele, da escuta ativa, da preocupação com o outro e da aquisição individualizada de conhecimentos.

Minha vida era mais ativa naquela época. Eu levantava cedo, fazia ginástica, catava lata de madrugada...[risos]. O grupo me animava... A gente sabia que tinha aquele compromisso.(Agave)

Ela [a coordenadora] ia ensinando e dava também reuniões para as futuras mães, como elas iam fazer na gravidez, durante a gravidez, depois do parto, na amamentação, tudo isso. Era muito bom. Ela é muito boa. Muitas mães pegaram com ela esses ensinamentos. Eu acho que foi melhor para elas e para os filhos, porque ninguém aqui gostava de amamentar. Amamentavam dois meses só e já queriam tirar o peito. Com ela não. Ela sempre estimula a se alimentar pelo leite materno. Até praticamente a criança querer largar... Tirar o peito da criança antes do tempo, pra não ter que ficar amamentando e ficar mais livre? Não. Eu acho que isso foi uma coisa muito importante, que muitas mães daqui aprenderam.(Agave)

Vasconcelos (2003) salienta que, a partir de dispositivos de ajuda mútua, é possível desenvolver atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, como o cuidado informal do outro e ajuda nas tarefas diárias. A ajuda mútua fornece apoio aos

indivíduos na resolução de seus problemas, estabelece uma rede de amizade, que contribui para a construção de uma auto-imagem positiva, elevando assim a auto-estima.

No grupo a gente conversava muito sobre tudo, sobre a família, sobre tudo... o meio de vida... As reuniões eram sempre com conversações... E falávamos o que era para fazer, o negócio do lixo, da reciclagem... Teve aula de aproveitamento de 'pet' para fazer vassoura. Aproveitava pra não ficar poluindo o meio-ambiente. Muita coisa, muita coisa mesmo a gente aprendeu com ela, com esse grupo. A minha vida sem o grupo ficou na estaca zero. É... Porque acabou...(Agave)

De acordo com Branden (1995), a auto-estima é uma experiência pessoal, de cunho íntimo, constituindo-se a soma da autoconfiança com o auto-respeito. Representa um recurso importante para o empreendimento de mudanças na vida pessoal, relacionando-se com a compreensão de si mesmo e com o conhecimento das próprias potencialidades. Pode ainda favorecer o desenvolvimento da capacidade geradora de soluções, ao tornar o indivíduo capaz de perceber que possui condições de resolver os problemas vivenciados no seu cotidiano, tidos anteriormente como insolúveis, uma vez que as reações a esses problemas são determinadas pela própria percepção que se tem de si mesmo. Segundo Reikdal & Maftum (2006), o autoconhecimento, ao ser estimulado, convida os indivíduos a refletirem a respeito da necessidade de cuidarem de si, de se gostarem, como requisitos para cuidar do outro. É possível observar esses elementos na fala de Alfazema e de Agave:

E vi muita gente que melhorou muito também no grupo. Foi o que mais me incentivou de participar desse grupo.[...] (Alfazema)

Ela [a coordenadora] ia ensinando e dava também reuniões para as futuras mães, como elas iam fazer na gravidez, durante a gravidez, depois do parto, na amamentação, tudo isso. Era muito bom. Ela é muito boa. Muitas mães pegaram com ela esses ensinamentos. Eu acho que foi melhor pra elas e pros filhos, porque ninguém aqui gostava de amamentar. Amamentavam dois meses só e já queriam tirar o peito. Com ela não. Ela sempre estimula a se alimentar pelo leite materno. Até praticamente a criança querer largar... Tirar o peito da criança antes do tempo, pra não ter que ficar amamentando e ficar mais livre? Não. Eu acho que isso foi uma coisa muito importante, que muitas mães daqui aprenderam.(Agave)

Conforme assinala Braden (1995), um indivíduo que demonstra ter uma auto-estima positiva, tem maior facilidade para reagir ativa e positivamente diante das oportunidades oferecidas pela vida, nos âmbitos do trabalho, das relações amorosas e do lazer. Desenvolver a auto-estima, portanto, é desenvolver a crença em si mesmo e na capacidade de conduzir a vida de forma autônoma. Tal entendimento influencia as escolhas pessoais, as decisões, podendo determinar ainda o tipo de vida que se constrói (BRANDEN, 1995).

As colaboradoras Calêndula e Gema relatam:

Com o grupo, minha auto-estima melhorou... (Calêndula)

Temos que saber nossa história de vida, do nascimento, para podermos gostar e aceitar a gente do jeito que a gente é, apesar de ser duro, bonito ou feio, cheiroso ou fedorento. (Gema)

Branden (1999, *apud* BARRETO, 2005) estabelece seis pilares que sustentam a auto-estima: **viver conscientemente**, de maneira responsável em relação à realidade, seja ela agradável ou dolorosa; ter **auto-responsabilidade**, ou seja, sentir-se responsável por aquilo que faz; ter capacidade de **auto-afirmação**, isto é, aceitar seus defeitos e qualidades; **intencionalidade**: desenvolver objetivos para a vida e lutar por eles; **integridade pessoal**: admitir os próprios erros, procurando aprender com eles; **auto-aceitar-se**: perceber-se como tendo valor próprio. Esses elementos são percebidos na fala de Gema.

Tinha até uma mulher que andava de muletas, que tinha carteirinha de deficiente para andar no ônibus, que era a Dona Liatris, lembra? E aí ela era meio uma louca da favela, criadora de caso, brigona... Ela brigava com todo mundo. Mas ao mesmo tempo que era uma mulher muito solidária, era fofoqueira para caramba. Aprontava... E aí ela participava muito do grupo de mulheres e parou de usar muleta. Começou a fazer parte do grupo de Unibiótica, das plantas medicinais. Entrou para o grupo de Dança do Ventre (criado pelo PSF, numa certa época). Se você tirasse um retrato dela com muletas e depois fazendo dança do ventre ... toda vestida... Ela começou a participar de grupos de terceira idade, aquele outro trabalho que também tinha ligado à Prefeitura – CEMASI- e começou a participar de apresentações de terceira idade. Tinha desfile de modas da terceira idade e ela...A auto-estima dela... Foi uma descoberta a mudança da Dona Liatris.(Gema)

Parece estar demonstrado que as participantes do Grupo Sol, ao descobrirem seu potencial transformador, começam a enxergar as mudanças em seu comportamento e em suas atitudes, como relatam Athaea e Tulipa.

Conheci a Gema na época que eu trabalhava. Muito convite, muita insistência e eu apareci no grupo. Sempre mal-humorada, estranha... A Gema conversando comigo, as meninas falando comigo... Depois eu me abri. Fui me abrindo, me abrindo... A Gema trabalhando isso e tal. Perguntou porque eu era assim. Eu disse: - “Ah, porque eu tenho uma vida muito presa. Eu estou aqui, mas estou correndo, porque tenho que fazer almoço, dar almoço... e isso me deixa muito irritada. Negócio de casa dos outros, só sendo mandada... Eu não agüento mais isso. Mas vou levar, porque eu quero me aposentar. Daí eu quero me aposentar. Não quero mais ir para outro lugar. Mas a Gema conversava muito comigo sobre esse respeito. Me dava muito conselho. Eu adoro ela. Eu acho uma pessoa maravilhosa. Uma pessoa paciente, insistente. Ali, nas coisas que ela queria botar no eixo. E conseguiu. E quando ela viu o meu sorriso, disse: - “ Até que eu consegui. É isso o que eu queria com você. Você agora está outra”. (Athaea)

[...] Parece que eu criei asas e já me sinto diferente. A gente só em casa parece que vai morrendo, aos poucos... (Tulipa)

A maioria das mulheres participantes demonstrou que a motivação para permanecer freqüentando as atividades do grupo voltava-se para ter suas necessidades de sociabilidade

atendidas, traduzidas em atividades físicas e culturais, e no prazer de conviver com outros. Dessa forma, percebem-se como parte de um contexto e se sentem incluídas socialmente, o que gera uma melhora na qualidade de vida. Durante os encontros, cada mulher aprendia a encontrar aquilo que necessitava, como falaram as colaboradoras Althaea e Alpineia:

Depois a Gema fez um negócio de 'coberta de taco' pra cada um fazer o seu pedaço da colcha. Cada um botava seu nome. Nem sei que fim levou essa colcha, mas a gente fez aquilo com o maior prazer, como maior carinho. Cada um dando de si. (Althaea)

Conversar resolve muito. É bom demais. As pessoas hoje não querem mais parar pra conversar; só para brigar. (Alpineia, caderno de notas)

O empoderamento, expresso no aumento da capacidade de resolução de seus problemas cotidianos, marca o discurso das mulheres do Grupo Sol, como se atesta Alfazema na declaração a seguir:

Eu antes de participar do grupo, era muito revoltada. Eu queria as coisas que eu queria, do meu jeito. Eu não pensava que para eu ter aquilo, dependia também dos outros. Só que depois eu também aprendi a não depender dos outros. Aprendi a querer e fazer. Aprendi a tomar minhas decisões. Antes eu era incapaz de tomar minhas decisões porque achava que dependia dos outros quererem... E aí eu aprendi que eu quero, eu vou fazer e acabou. Não quero saber mais quem vai ficar ou quem vai. Quem quiser ir que vá. Isso foi uma coisa que mudou e que eu aprendi com o grupo. A gente fica naquela: - "Ah, vou fazer isso, mas vai chatear fulano, ciclano... Ah, isso eu não posso fazer..." E na verdade você tem que fazer por você. Se não... Se não fica todo mundo na boa e você fica na braba, não é? Isso é uma coisa que mudou minha cabeça, muito. E sem contar outras coisas alternativas, remédio, é... me cuidar, passeio, exercício... Tudo isso mudou muito minha cabeça. (Alfazema)

No grupo, a interação entre as participantes favorece, também, a construção de novos olhares para os diversos aspectos da vida, ajudando-as a perceberem-se de forma não fragmentada.

Ela nunca orientou ninguém a viver em briga, mas a tentar entender...tentar mudar, mas entender também a pessoa. Ter uma vida mais assim...Entender a coisa como um todo, inclusive a ela mesma, porque o problema era dela, não é? Até mesmo de patrão empregada...Tinha muita mulher que ia lá revoltada com o patrão... E ela conversava... Muitas orientações boas que ela deu lá que ajudou as pessoas. E era um grupo assim. (Alfazema).

Percebi com base na observação do grupo, que a doença, como um sofrimento, afasta o indivíduo do seu mundo de relações sociais. Com isso, a possibilidade de estabelecer vínculos que reorientem e possibilitem a reconstrução da sua identidade diminui. A prática do Grupo Sol contribui, nesse sentido, para resgatar identidades e (re)construir laços sociais possíveis, como afirma Alfazema.

O que tornava as reuniões interessantes era o bate papo. Todo mês cantava o parabéns pra o aniversariante do mês, mesmo com bolinho de barro, não é? De cerâmica... A velinha comum mesmo, mas era isso aí que cativava as pessoas, não é? Tu tá dentro de casa, faz aniversário e ninguém nem lembra... E aí chega lá no posto, todo mundo cantando parabéns. Era sempre assim. Todo mês tinha isso aí. E os bate-papos, conselhos... Muita coisa legal assim que conseguiu segurar dez anos. (Alfazema)

Num contexto de vida difícil e um cotidiano de trabalho aprisionante, o grupo é uma forma catártica de as mulheres reafirmarem sua existência e garantirem um espaço de liberdade e diálogo, como fica claro na fala de Alfazema.

Eu mesma só passei a ir ao teatro e ao cinema com o grupo. Eu saía, mas ia a outros lugares. Mas tinha gente que não ia a lugar nenhum... Passava a semana toda em casa. Lava, passa, cozinha, encera, costura e... nunca parou pra fazer nada, nem pensar em nada... Minha mãe era uma que não saía. Ela não saía pra lugar nenhum. Agora todo lugar que chama ela tá pronta pra ir. Chega uma hora que meu pai falou: -“É... esse grupinho da Gema tá... tá me deixando sem jantinha...” Agora ela sai... Aonde chama ela... Só se tiver muito cansada. Do contrário... Antes ela não sai pra lugar nenhum. Minha mãe nunca foi de sair de casa...(Alfazema)

A emoção e o acolhimento que as mulheres buscam e compartilham nos encontros do grupo é o que as motiva a continuar freqüentando as reuniões, conforme podemos verificar na fala de Alfazema.

Ninguém consegue manter um grupo tanto tempo assim, sabe? Porque chega uma hora que vai ficando assim aquela coisa... Dona de casa... Ah! Se não for uma coisa que chama a atenção, elas não vão. Porque tem casa pra cuidar, tem que trabalhar, tem que não sei o quê... tem filho pra cuidar. Às vezes também não quer ir... Porque vai fazer o quê lá? Não tem nada de interessante... Pra ir é porque a coisa tá interessante, não é?(Alfazema)

É bom demais, porque a gente partilha os problemas que a gente tem e percebe que eles são mínimos, diante de outros. (Althaea, caderno de notas).

Tenho muita saudade do grupo. Se tivesse hoje de novo o grupo eu ia participar, sem pensar duas vezes. É muito importante.(Agave)

Nos encontros do grupo, as participantes eram estimuladas a desenvolver atividades de lazer. Em alguns momentos, as próprias participantes se organizam com a finalidade de promover atividades de integração social, como as comemorações de datas especiais e passeios turísticos, contribuindo para a formação dos vínculos de amizade. Algumas participantes do grupo criaram, juntamente com a equipe do PSF, o Grupo de Idosos da comunidade no qual realizam trabalhos manuais, encontros de oração e passeios.

Lembro também do grupo os passeios... Os passeios também ajudam muito.... Aqueles passeiozinhos gostosos... Muitas recordações boas... Para eles era especial, o dia do passeio... Todo mundo acordar, saber que vai sair da comunidade que mora... Porque tem gente aqui que não sai também, não é? Se não fosse o grupo não saia nunca.(Alfazema)

Segundo Garcia et al. (2006, p.176) “os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima, na melhora do senso de humor”, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. Nas atividades lúdicas, laborais, culturais e/ ou religiosas promovidas pelo Grupo Sol, por meio do convívio entre as pessoas, ocorre o fortalecimento de vínculos e a promoção da inclusão social, razão pela qual a coordenadora do grupo promovia, constantemente a articulação das atividades do grupo com a de outras instituições como a Horta-escola da prefeitura, centros culturais, etc. É possível ver isso nas falas da participante Alfazema :

Não eram só sempre as mesmas pessoas. Tinha sempre coisa diferente. Ela conseguia fazer uma parceria legal com outras pessoas de fora. Sempre tem um psicólogo, um pessoas também lá da Rio Hortas. Sempre tinha alguém que ajudava ela... Ela conseguia trazer alguém interessado em ficar com a gente. Chegou época de ter umas cinqüenta pessoas cadastradas. Mas vinham ao mesmo tempo, umas vinte pessoas. (Alfazema)

A formação de vínculos permite a construção de redes de apoio social, que fortalecem a convivência na comunidade. Por meio da construção de redes de apoio social, verifiquei que há maior mobilização entre as pessoas do grupo, especialmente quando é necessário resolver situações-problema vivenciadas pela comunidade, pois a busca e a utilização dos recursos disponíveis, quer sejam internos ou externos, é facilitada pelo aprendizado da troca, que gera um processo de crescimento e empoderamento, tanto individual como coletivo. Por isso, as estratégias de enfrentamento vão sendo construídas ao longo da trajetória de vida das colaboradoras. Por meio da troca de experiências foi possível uma nova interpretação dos acontecimentos cotidianos em que os hábitos, tidos como rotineiros foram ressignificados.

Com a socialização das estratégias de enfrentamento, as participantes mobilizam recursos para a resolução das dificuldades encontradas no cotidiano, resgatam habilidades e competências, conferindo um novo significado ao sofrimento cotidiano. Vivenciando a experiência de grupo, as participantes se sentem mais protegidas, e, assim, sentem-se fortalecidas para enfrentar problemas vivenciados no coletivo. É possível identificar uma relação desse pensamento com o discurso da participante Alfazema:

Tinha também o grupo de controle de peso, que muita gente emagreceu e não engordou mais... Minha mãe não engordou mais. Como teve outras pessoas aqui: a Gravinha, a Lilac, etc...). Ninguém engordou mais, desde que fizeram esse tratamento. Aquilo não foi bem um tratamento, porque não foi a base de remédios. Foi orientação alimentar, não é? Que vinha dos Vigilantes do peso. Porque aí se pesava, fazia aquele gráfico... Porque só de se pesar, você já tem a noção do que você está fazendo demais, comendo demais... O que não pode fazer... Às vezes só de cortar a janta já muda, não é? Todo mundo tem o hábito desde pequenininho de comer e jantar, e tal... Só ela orientar no lugar da janta, comer uma salada

ou tomar uma vitamina e tal... Eles já pegam o hábito de não jantar. Aí não engorda mais, não é? Já diminui. E era, assim, muita gente... Tinha uma faixa de cinquenta pessoas, sendo que vinha sempre vinte, vinte e duas... Até eu emagreci, mas já engordei de novo...(Alfazema)

Durante os encontros do grupo há espaço para a discussão dos problemas da comunidade, que vão desde as dificuldades com os serviços de saúde até questões relacionadas com a violência. Após as discussões, o grupo, muitas vezes elaborava ações de mobilização. Mediante a ação, as mulheres mostram quem são, revelam sua identidade pessoal e fazem sua aparição ao mundo.

Com base no significado de empoderamento, como “ganho de poder” (GUTIERREZ, apud BERNSTEIN ET. AL., 1994), traduzido pela idéia de habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção, percebe-se que as participantes despertaram para outros significados da existência que mudaram sua condição de sofrimento. As experiências no grupo despertaram nas participantes o processo *resiliência*, que contribuiu para o seu empoderamento, já que as tornaram-nas mais autoconfiantes e mais capazes de suscitar suas habilidades e recursos para ganhar poder sobre sua vida. Vejo isso na fala da participante Alfazema.

Nas visitas domiciliares, com agente de saúde, eu sinto isso. Que muita gente parou de fazer as coisas que aprendeu com o grupo. Falta um incentivo, assim. Porque a pessoa sozinha também... não tem incentivo. E aí ela... Muitas pessoas aqui pararam. Já tentamos retornar outros grupos, mas ainda não foi possível. E muita gente agora está sem fazer nada... A vida deu uma caída. Você percebe pela quantidade de remédio. Você vai vendo as pessoas deprimidas. Você vê que o remédio já aumenta... A postura também, não é? Você já começa a perceber também que não é a mesma, não é? O grupo motiva a pessoa a manter os bons hábitos, a qualidade de vida. (Alfazema)

As reuniões do grupo proporcionaram, assim, um processo de aprendizagem e de trocas de experiências de vida que permitiram as mulheres discutirem estratégias de enfrentamento para os problemas do dia-a-dia, fazendo do grupo um espaço de reflexão e auto-conhecimento, que resultava no aumento da auto-estima das participantes.

4.6 O trabalho educativo

A experiência caracteriza um trabalho educativo porque envolve relações interpessoais de modo sistêmico, oferecendo uma estratégia de apoio social, que coloca as mulheres em situação de diálogo, de ação participativa, mais aptas a resolver seus problemas de modo autônomo e a tomar consciência de seu papel social e político.

Na medida em que o ato de ensinar é parte integrante do trabalho educativo, entendo ser necessário iniciar pela descrição da concepção de trabalho educativo adotada, formulada com base nas idéias de Freire (1996a) e Saviani (1995).

De acordo com Saviani, o trabalho educativo “[...] é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” (SAVIANI, 1995, p. 17).

Segundo Freire (1996a, p.55), toda situação educativa envolve:

- a) presença de sujeito. “[...] O sujeito que ensinando aprende [educador] e o sujeito que aprendendo ensina” [educando];
- b) objetos do conhecimento, ou seja, os conteúdos;
- c) objetivos mediatos e imediatos a que se destina a prática educativa, ou que a orientam;
- d) métodos, processos, técnicas de ensino e materiais didáticos, “[...] que devem estar em coerência com os objetivos, a opção política, com a utopia, com o sonho que está impregnando o projeto pedagógico”.

O trabalho educativo é, portanto, uma atividade intencionalmente dirigida por fins, diferenciando-se das formas espontâneas de educação.

Com base nesses pressupostos, podemos reafirmar, então, que a prática do Grupo Sol constitui-se em um trabalho educativo, voltado para a promoção da saúde. Sua concepção é inovadora e vai de encontro à concepção de educação como um ato normativo e prescritivo, que reduz o sujeito a objeto passivo da intervenção educativa. Corroborando, portanto, a concepção de educação que encontra correspondência na pedagogia de Paulo Freire e em uma compreensão ampliada de saúde, tendo como objetivo possibilitar que o educando se compreenda como autor desta sociedade, podendo alterá-la. Na visão de saúde adotada, compreende-se a saúde como expressão das condições objetivas de vida, ou seja, como resultante das condições de “habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4). Sendo assim, o trabalho de educação e saúde é desenvolvido como forma de reunir e dispor recursos para intervir e transformar estas condições objetivas, visando alcançar maiores ganhos em saúde.

Com a intenção de melhor entender a prática educativa desenvolvida pela coordenadora do Grupo Sol, procurei conhecer os dois lados do processo ensino/aprendizagem: a forma com a qual a coordenadora percebia seu aprendizado com a

comunidade, por um lado, e, por outro, a forma com a qual as mulheres percebiam a contribuição da coordenadora do grupo com sua aprendizagem.

4.6.1 O aprendizado da coordenadora com a comunidade

A coordenadora relata ter adquirido com a comunidade o conhecimento sobre plantas medicinais, o aprendizado da valorização do outro, a descoberta da força existente na luta pela sobrevivência, a importância do saber ouvir, do aceitar o outro como ele é, o entender que o profissional não sabe tudo.

[...] Quando eu penso nos filhos da Tulipa... quando eu sei que a filha dela está cursando a PUC, fazendo universidade, que conseguiu uma bolsa... Que seu filho está bonitão lá, estudando, sendo um adolescente estudioso, interessante... E que a Tulipa quebrando a cara pra abrir a cabeça dela e aceitar essas coisas diferentes... Quando eu sei das notícias da mãe dela velhinha lá, morando na casa em frente... E das experiências todas dela, da família dela... Eu acho que... Isso de alguma maneira transformou minha vida pra sempre. Não tem como negar... Eu sou hoje uma pessoa completamente impregnada pelas experiências que eu vivi lá. E eu recorro a elas até na maneira de jogar o meu lixo fora, produzir menos lixo, de não jogar comida fora, de descascar uma laranja de uma maneira que eu aprendi com a Dona Capuchinha... Bordar, costurar... Olhando elas só. Nem nada que ninguém falava. Mas a experiência de participar, de compartilhar a vida... conhecer... conhecer mesmo as pessoas no seu dia a dia, não é? Se você está disposto a abrir o olho e conhecer o máximo que você puder de uma pessoa, seus gostos, os seus amores, os seus desamores, as suas dificuldades, os seus limites... e amar essa pessoa e aceitar como ela é... você aprende tanto e se impregna de algumas coisas dessa pessoa e vai se transformando... todos nós, não é? Se misturando, se transformando o tempo todo... E é isso aí que vale a pena viver. (Gema)

Sua prática não contradiz seu discurso, atributo este pouco encontrado nos profissionais de saúde em geral. Sua opção progressista, substantivamente democrática, faz com que ela tenha sempre o cuidado de não impor suas escolhas às participantes do grupo. Para ela, ensinar e aprender “são momentos de um processo maior de conhecer” e, por isso, incluem “busca, curiosidade, equívocos, acertos, erros, sofrimento, rigor, e também satisfação, prazer e alegria”. Trata-se de uma “via de duas mãos” (caderno de notas, p.8), como se evidencia na fala de Alfazema.

E aí ela [a coordenadora] dava os conselhos... E também a gente acabava se metendo na vida dela também... [risos...] E ela falava... e ouvia. E era tudo um círculo. Ela também abria a vida dela... E a gente também falava da nossa vida... Isso aí era coisa que unia, não é? (Alfazema)

A educação é vista pela coordenadora do grupo como um processo comunicacional, dialógico. Nesse sentido, um dos elementos principais do trabalho da coordenadora é o de mediação entre o conhecimento científico (que adquiriu na área da saúde) e o conhecimento

trazido pelas participantes do grupo, moradoras da comunidade. Ela reconhece que o saber das participantes não representa um ‘vazio de saber’, mas que se trata de uma outra forma de saber sobre saúde. Nesse trabalho de mediação está implícita a idéia de que o trabalho em saúde é uma prática social, e, portanto, não pode se limitar a uma simples aplicação de conhecimentos científicos e/ou normas técnicas.

Observa-se também que é de fundamental importância o espaço e o lugar do outro na intervenção. Ao manter os pressupostos de uma abordagem dialógica e reflexiva, a coordenadora coloca as mulheres como sujeitos históricos da ação e pensa de forma compartilhada a produção e transmissão de conhecimento, humanizando seu trabalho ao negar o exercício do poder na sua relação com as participantes do grupo.

Para a coordenadora é clara a noção de que existem relações sociais entre membros da comunidade, entre a população e o espaço geográfico e entre as instituições públicas. E os diversos níveis de relações existentes, assim como os diversos tipos de interferências nessas relações, podem atuar promovendo ou prejudicando a saúde dos indivíduos e comunidades. Por isso, o trabalho desenvolvido pela coordenadora não é uma ação ‘sobre’ as participantes do grupo, e sim ‘com’ elas. Isso implica em estar “aberta” ao conjunto de possibilidades de ação que vão surgindo ao longo do percurso e às alterações da realidade. Ela parte da idéia de que não há uma receita pronta que possa ser adotada, como se vê em sua narrativa:

E aos poucos eu fui vendo isso e aprendendo a respeitar esse movimento do grupo, de que dependendo de quem estava presente, o grupo tomava esse ou aquele aspecto, e isso era a característica do grupo que não tava na mão de ninguém o que seria cada grupo. O grupo se formava e, em função dessa formação é que os assuntos vinham. E é interessante porque você tem que aprender a respeitar e a aceitar isso. Às vezes você vai com uma idéia pré-determinada, de que hoje vamos falar sobre isso ou aquilo e aparece alguém ou alguma outra história e você se entregar àquele movimento que veio do encontro daquelas pessoas... e aceitar que o momento de falar disso ou daquilo não é decidido pelo coordenador do grupo.(Gema)

Ela compreende que pobreza material é diferente de ignorância. Consegue, assim, ultrapassar os preconceitos e reconhecer as reais potencialidades destas mulheres, sem precisar sujeitá-las à ordem médica dominante. Ela se coloca “aberta” e disposta a ampliar o seu próprio olhar para poder compreender o olhar da população. Eis o que a coordenadora fala sobre isso:

Essa forma de me relacionar com a população eu já trouxe já comigo. Eu já tinha uma experiência assim no grupo das Amigas do Peito, que era um grupo de auto-gestão, que todo mundo era igual. A gente era coordenadora, por exemplo. Mas nós não éramos e nem nos colocávamos com maior importância do que uma pessoa qualquer que chegasse pra participar do grupo. Porque a coordenadora não existe se não existem os participantes. Essa

co-relação de necessidades, os papéis são... Os grupos são mais saudáveis quando os papéis são cambiáveis. Em algum momento, quando uma mulher do grupo, ela lidera a oração de fechamento do grupo, ela, mesmo que por alguns momentos, ela está coordenando aquele grupo. Ela vivencia a experiência de liderar o grupo. Esses momentos de passar a liderança pro outro, de assumir a liderança... (Gema)

Sobre os moradores da favela, eu não os vejo como coitados. Eu os vejo como pessoas, iguais a mim. (Gema)

A metodologia educativa adotada aproxima as participantes e dá voz a essas mulheres, tornando-as mais fortes como sujeitos. Esta abordagem rompe a relação vertical e autoritária assumida normalmente entre profissional de saúde e a população, e retira o profissional do lugar de detentor do saber, como se vê nas narrativas apresentadas pela depoente Gema:

Você, de alguma maneira, enquanto coordenador do grupo, tem que abdicar do controle do que é o importante ou não. Deixar que essa tal consciência de grupo dominar... É uma atitude de entrega... Entregar e confiar... que aquilo que é mais importante vai acontecer naturalmente. Aceitar. Às vezes você vai com uma história na cabeça que você quer falar disso, quer falar daquilo... e o assunto não dá ibope. Ninguém está nem aí. Você leva um assunto lá, que você acha legal e tal e... nada. E aí, você cala o seu bico e escuta o que o grupo está querendo falar. Às vezes eu até falava isso, não é? - “Ah, trouxe aqui uma história... Estava crente que tava abafando... Que vocês iam gostar... Vocês não estão nem aí, não é? Vocês querem contar outra história?” Eu brinco. Que eu sou brincalhona, não é? Aí eu falava assim: - “Você quer contar uma história? Alguém quer contar uma história mais interessante do que a minha? Porque a minha acho que vocês não gostaram muito não...” Aí, alguém contava. Ficava aquele silêncio assim... E alguém contava. Aí eu parava e falava: - “É. Não era para ser aquele assunto que eu queria que fosse. Era para ser esse outro assunto aí. O poder é o poder do grupo. Não é porque você é a coordenadora, que você é a poderosa, entendeu? Você é só um instrumento de organização. Mas é você se entregar inclusive como instrumento do grupo, de um agrupamento humano. E sei lá porquê, por alguma coisa que você teve acesso, teve oportunidade, teve facilidade, recebeu um dom da vida, você está ali exercendo a liderança naquele momento... Está coordenando aquele grupo e tal . Mas você tem que ter a humildade de compreender que apesar de você ter facilidade para liderar, para coordenar, ou não sei o quê, não é por isso que você tem o direito de mandar. Quem manda é o grupo. Você obedece. E isso é antagônico à cultura médica. Porque a gente vê isso entre os nosso iguais, o tempo todo. Como é difícil a gente abaixar a crista, escutar... Ficar calado.

[...] Na hora que uma mulher está falando e que a gente organizava essas coisas de passar o girassol de mão em mão, que foi a cultura indígena que a Mandacarú trouxe, não é? E a gente brincava:- “Quando um burro está falando os outros abaixam a orelha”. Tinha esses ditados populares que falam disso. De alguma maneira o exercício de liderar o grupo, de assumir a responsabilidade era algo que circulava...

[...] Essas regras mínimas de democracia, não é? As decisões do grupo passavam pela reunião oficial do grupo que era naquele dia lá da semana. Então, se alguém quisesse falar em nome do grupo, ou propor uma atividade, ou fazer um convite, levava para a reunião do grupo. (Gema)

Em sua prática, a coordenadora propõe um modo mais amplo e complexo de se pensar sobre a educação. Em sua proposta, educar é um processo por meio do qual criam-se novas formas de perceber a realidade, de refletir sobre o que nos cerca e de conceber alternativas de interferir na realidade, relacionando-se emocionalmente com os fatos da vida. Seu posicionamento é em favor de uma educação emancipadora, que visa à construção de um cidadão questionador, crítico e ativo. O ponto principal do trabalho educativo é colocar em questão as experiências do cotidiano. A reflexão desencadeada sobre essas experiências tem o poder de fazê-las reconhecer novas necessidades, que podem levá-las a pensar e a agir além do que estão acostumadas. Como há uma valorização do saber que as próprias mulheres detêm sobre seus problemas, há efetivamente um diálogo entre sujeitos.

A compreensão das questões de saúde não está desarticulada das questões de cidadania. O seu pensar sobre saúde vai além do pensar apenas em indivíduos, incluindo o pensar no contexto social. Assumindo que a prevenção não passa por uma atitude exclusivamente individual, a coordenadora do grupo parte do princípio que muitos comportamentos que envolvem riscos têm a ver com o modo como as pessoas estão vivendo, com sua forma de trabalhar e morar; com os bens materiais dos quais necessitam e os bens aos quais têm acesso; com suas necessidades emocionais e suas possibilidades de negociar essas necessidades.

Seu trabalho, embora voltado para a ação, pode ser chamado de reflexivo, pois exige um esforço de interpretar as situações observadas para, a partir daí, elaborar uma proposta de intervenção. Passa, também, por fortalecer a possibilidade de os sujeitos se reconhecerem com poder e responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania, uma vez que faz com que as participantes do grupo reconheçam melhor seu lugar no mundo e no tempo. Percebiam-se não mais fragmentadas. É também um trabalho de desculpabilização, já que a culpa, muitas vezes, serve somente para fazê-las sentir-se submetidas e sem condições de transformar a realidade. O trabalho desenvolvido propiciou a ruptura dos muitos dos mecanismos de reprodução das desigualdades sociais, e do aprendizado da dependência, da passividade e da impotência.

À coordenadora interessava olhar tanto para a realidade vivida quanto para o desejo escondido, pois era da tensão entre um e outro que poderia brotar a mudança. Ao lançar um olhar crítico, sem julgamento sobre o que era vivido pelas mulheres, ela tentava ultrapassar a lógica dos fatos e perceber o que ainda não existia, mas que já se anunciava num horizonte possível. Ela percebia o possível no seio do real existente e tornava visível esse possível.

Facilitava também as expressões orais, corporais e artísticas, que exprimissem a vida cotidiana, criando para essas mulheres maiores possibilidades de viverem uma experiência transformadora dos sentidos de vida e de conquista de autonomia. Criava canais onde fosse possível a produção e a circulação de conhecimentos. Lá, os conhecimentos que circulavam, contribuíam no sentido de uma melhor compreensão da crise que se vivia nos planos individual e coletivo.

O tipo de informação abordada pela coordenadora em sua prática educativa eram informações sobre cuidado com a saúde (amamentação, gravidez e parto, anticoncepção, higiene, dieta etc.). Eram também discutidas estratégias de enfrentamento das dificuldades da vida e a organização da política local, temas considerados de extrema importância, mas que não fazem parte do conteúdo específico da área da saúde.

E aí a gente fez a passeata nessa época [em prol da implantação do PSF em Vila Canoas]. Mas antes a gente tava fazendo a reciclagem de lixo separada. E aí, com isso, a gente tinha também que ter contato com o poder público. A gente trouxe uma assistente social da COMLURB para a gente negociar aqueles vasilhames de lixo separados. A gente fez oficinas de uso de material reciclado... Aquelas vassouras de 'pet' [...] (Gema)

Tínhamos escrito uma carta para o César Maia, dizendo a necessidade do PSF, inclusive da obra estar embargada e estava sendo destruída, porque estava quase pronta e começou a virar depósito de lixo e tudo. E aí, depois de algum tempo a obra foi terminada, o PSF foi trabalhar, foi implantado lá em Vila Canoas e enfim, existe lá, está lá, funcionando. (Gema)

4.6.2 O aprendizado das mulheres com a coordenadora e com o grupo

Foi unânime na experiência das participantes depoentes o aprendizado feito com o grupo. Todas as entrevistadas declaram ter aprendido muito sobre diferentes conteúdos, tais como: auto-cuidado, amamentação, cuidado com os filhos, entre outros, como demonstram as falas que se seguem:

Eu aprendi isso no grupo lá da Gema – Grupo de Mulheres - a me organizar melhor e a dizer não. A saber o que eu quero e o que é bom pra mim. O serviço da gente em casa é uma coisa só, todo o dia, toda hora, não é? Não acaba nunca, não é? Então a gente tem que fazer assim...sair, e ver umas coisas diferentes pra passar melhor a velhice, mais fácil.(risos...) (Capuchinha)

O grupo que me ensinou a viver. O grupo. Esse grupo. Esse grupo Girassol que me ensinou a viver, a ser gente, a sair da fossa que eu vivia e ser aquela pessoa. Me modificaram. Fui me modificando e hoje eu continuo mudada. (Althaea)

Foi um aprendizado muito bom. Muitas coisas eu aprendi com ela, com o grupo. Começamos com uma horta de plantas para fazer medicamentos e algumas verduras no telhado da capela. Tínhamos tudo plantado em caixotes. Depois fizemos um minhocário para fazer húmus pra colocar nas plantas. E foi muito bom. (Tulipa)

Minha experiência no grupo foi muito boa. Eu aprendi muita coisa, inclusive compreender as pessoas, que eu não sabia.[...] Eu não sabia entender o que acontecia assim... Eu tinha raiva das pessoas às vezes e não entendia porque as pessoas eram assim. Isso me ajudou até pra mim mudar minha vida também. Nessa que eu aprendi a entender a cabeça dos outros, eu me libertei de muita coisa, assim, na minha vida pessoal. Sem contar que eu aprendi muita coisa de me cuidar, da natureza, muitas coisas alternativas e conviver melhor com as pessoas, sabe. E vi muitas gente que melhorou muito também no grupo. Foi o que mais me incentivou de participar desse grupo. Fiquei no grupo uns seis anos, mais ou menos, sabe.(Alfazema)

Só que depois eu também aprendi a não depender dos outros. Eu querer e fazer. Eu tomar minhas decisões. [...] E aí eu aprendi que eu quero, eu vou fazer e acabou. Não quero saber mais quem vai ficar, quem vai. Quem quiser ir que vá. Isso foi uma coisa que mudou e que eu aprendi com o grupo. [...] E sem contar outras coisas alternativas, remédio, é... me cuidar, passeio, exercício... Tudo isso me mudou muito... mudou minha cabeça.(Alfazema)

A prática do grupo ensinou a uma das participantes, Agente Comunitária de Saúde, a desenvolver trabalhos grupais de educação e saúde, tarefa essa que fazia parte de suas atribuições, mas que foi reforçado no convívio com a coordenadora.

O grupo de mulheres me ajudou muito. Porque você não pode chegar e dar ordem. “Vamos falar disso”. Não. Eles que têm que vir com o que eles quiserem falar, está entendendo? Porque se você chegar num papo chato, ninguém quer ouvir, não interessa. Isso eu aprendi com ela [a coordenadora], a dar espaço para as pessoas falarem. Deixar assim em aberto. Foi uma coisa que me ajudou muito a fazer grupo. Mas mesmo assim eu ainda tenho a dificuldade de manter um grupo por muito tempo. No máximo são cinco, seis meses...E aí eles começam a desaparecer... Aí você tem que ir atrás, sabe? É bem complicado... (Alfazema)

As participantes também se consideravam sujeitos da ação, valorizadas e importantes na troca de aprendizados.

Também a gente... acabava se metendo na vida dela também... [risos...] E ela falava... e ouvia... E era tudo um círculo. Ela também abria a vida dela... E a gente também falava da nossa vida...[...] (Alfazema)

4.6.3 Nos rumos da Educação Popular

Uma educação feita com o povo e para o povo, respeitando e interagindo com sua realidade sócio-econômica é uma concepção que marca a proposta da coordenadora do grupo, que corresponde aos princípios da educação popular, identificada na sua forma de trabalhar, no sentido de tornar ativos e conhecedores dos seus direitos os sujeitos que, historicamente, eram atores passivos, buscando um relacionamento horizontal nas relações sociais no contexto da prática educativa. Um dos aspectos mais transformadores e centrais desta prática se refere à forma como se dá a relação pedagógica entre a coordenadora e as mulheres. O papel da pedagogia proposta por Paulo Freire tem influência marcante nesta proposta, na visão sobre o que é educar em saúde e sobre o papel da população neste processo.

A coordenadora garantia que os assuntos abordados guardassem, sempre, uma relação com o cotidiano e a vida daquelas mulheres, utilizando a opção *freireana* de trabalhar “a partir da vivência do povo” (FREIRE, 1979). Muitas de suas preocupações afinam-se com a proposta de Freire, como por exemplo a de criar um espaço de troca, onde as participantes pudessem se expressar livremente, num plano de horizontalidade. Uma forma concreta de favorecer isso era a colocação das cadeiras na sala sempre em forma de roda de discussão, deixando de lado a forma tradicional das salas de aula.

Uma das coisas que a coordenadora buscou, desde o início de seu trabalho na comunidade, foi aprender sobre a organização comunitária local e conhecer mais profundamente a vida real dos habitantes daquele local: seu modo de viver, de ter lazer, de habitar, de celebrar. Por exemplo, sobre a insegurança de viver com precariedade os conflitos internos dentro da comunidade, ou a violência devido a presença do narcotráfico.

Ela sabe trabalhar com a comunidade. Compreender, conversar, sabe? Orientar também. Porque o médico pode ser o melhor profissional. Vai lá, atende, dá remédio, numa boa. Mas ele tem que conhecer bastante o ser humano, inclusive o espaço que ele mora, não é? Conhecer o indivíduo completo. E ela tem esse perfil de conversar, de conhecer, não é? Conhecer mesmo. (Alfazema)

A convivência foi considerada por ela um elemento importante para entender melhor a comunidade e levantar questões relevantes a serem discutidas em grupo. Com base na observação do grupo, pude constatar que a “vivência” favorece esta experimentação do modo horizontal de relacionamento entre comunidade marginalizada e profissional de saúde.

Aí entra o incentivo da Gema. Porque a Gema, ela ia atrás das pessoas. Ela tinha num caderno tudo assim de presença. –“Ah! Esse aqui tem duas semanas que não vem. Vamos lá ver o que que houve.” É tipo uma visita domiciliar, sabe? Era não. É uma visita domiciliar! Então a pessoa sentia assim: -“Puxa! Sentiu minha falta...” Se sentia uma pessoa especial. Porque às vezes a pessoa monta um grupo aqui, mas as pessoas não aparecem... E eles não se preocupam. É preocupação também com o indivíduo, sabe? Ela tinha essa coisa:-“ Fulano tá internado. Então eu vou no hospital...” Isso dava uma coisa especial, uma diferença. Porque os outros grupos não fizeram isso... Não tentaram assim... De todos os pacientes daqui que tiveram doentes, ou ganharam nenão em nessa época, a Gema visitava todos, não é? A Gema marcava a presença dela. Ela fazia um turno praticamente de grupo e um turno de visita. Então, puxa vida, você está participando de um grupo... cinco meses... tu está doente e não aparece ninguém na tua casa, puxa... É como se você não fez parte de nada, não é? É mesma coisa de tu ter um amigo, que tu fica doente e não aparece na tua casa, não liga, não telefona... Que amizade é essa? Não é amizade. Isso é que fazia diferença na Gema. Ela se preocupava, estava sempre ali... (Alfazema)

Uma característica marcante em sua atuação era sua constante disposição para trocar experiências, para escutar e para dialogar.

É você compreender, e conversar. É saber a situação da pessoa. E para pessoa te falar qual é o problema dela, ele tem que ter confiança em você, não é? Para poder chegar e: -“Ah, minha

família, tal, tal...”. O problema também é quando não se consegue ver o indivíduo total, a família... É que às vezes o problema todo da pessoa está na situação que ele vive, de estresse, de família, de filho, de tal. E a Gema tem a capacidade de ver tudo isso... Conversando. De ver toda essa parte. (Alfazema)

A criatividade, a novidade e a flexibilidade também marcavam a atuação da coordenadora do grupo, como informa Alfazema.

E ela inventava as coisas... Tudo era motivo de festa. É natal, ano novo... Ah, não tem o presente? Vamo inventar! Era coisa legal, não é? –“Ah, vamo inventar uma salada de fruta pra comemorar a páscoa!”. Tudo pra ela era motivo de vamos comemorar.(Alfazema)

Suas idéias, sobre a importância da criatividade e da inventividade no processo educativo transformador, estão de acordo com as de Freire:

(...) nesta distorcida visão da educação, não há criatividade, não há transformação, não há saber. Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros" (FREIRE 1979, p.66).

Seu movimento constante, no sentido de criar novas atividades e dinâmicas de trabalho para o grupo, promovem um “espírito de agregação” e união entre as mulheres, como está demonstrado na fala de Alfazema.

O que tornava as reuniões interessantes era o bate papo. Todo mês cantava-se parabéns pra o aniversariante do mês, mesmo com bolinho de barro, não é? De cerâmica... A velinha comum mesmo, mas era isso aí que cativava as pessoas. Quando você está dentro de casa e faz aniversário, ninguém nem lembra... E aí chega lá na Casa do Girassol, todo mundo cantando parabéns... Era sempre assim. Todo mês tinha isso aí. E os bate-papos, conselhos... Muita coisa legal, assim, que fez com que o grupo conseguisse segurar dez anos. (Alfazema)

Essa sua característica encontra também correspondência no pensamento de Nietzsche, em relação à valorização e à afirmação da pluralidade, tornando-a aberta a desempenhar vários papéis e capaz de saber lidar com as várias interpretações dos fatos, acontecimentos e dinâmicas familiares.

De acordo com meu ponto de vista, o trabalho da coordenadora - assim como o de Paulo Freire na condução dos grupos de alfabetização de adultos - caracteriza-se por diferentes dimensões que se superpõem: a da militância política, de educadora popular e também de profissional de saúde.

4.7 Relação profissional-paciente

Na relação estabelecida entre a coordenadora do grupo e as participantes, uma das características principais observadas foi a capacidade de construção de vínculo. A acolhida –

expressão final da ‘compaixão’ – se instaura no Grupo Sol por meio do profundo respeito à biografia e à cultura do outro, bem como do “reconhecimento do outro como legítimo outro” (MATURANA & VARELA, 1984) e permite consubstanciar as bases para o estabelecimento do vínculo.

O vínculo é um dos elementos que pode ser identificado no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997). O “trabalho vivo” é o trabalho em ação, que está em processo de construção, constituindo-se o momento em que o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir (MERHY, 1997).

Campos (1997) afirma que o vínculo entre profissional e paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço. Segundo o autor, o processo de trabalho centrado no vínculo profissional/paciente garantiria o equilíbrio entre autonomia e responsabilização. Franco e Merhy (FRANCO & MERHY, 1999) afirmam, na mesma direção, que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e se vincula.

É muito comum o distanciamento profissional dos usuários do serviço. Isso, muitas vezes, é o que determina a ineficácia das ações de saúde, acrescido ao fato de que muitos profissionais possuem uma formação fortemente centrada na dimensão biológica, o que acaba favorecendo ainda mais esse distanciamento. Na prática do Grupo Sol, a relação profissional-paciente estabelecida demonstrava o oposto, como pode ser visto na fala de Alfazema.

O que eu vejo de diferente nesse Grupo de Mulheres e os outros grupos que se criaram aqui é o incentivo da Gema. Porque a Gema, ela ia atrás das pessoas. Ela tinha num caderno tudo anotado, inclusive a presença. – “Ah! Esse aqui tem duas semanas que não vem. Vamos lá ver o que houve.” É tipo uma visita domiciliar, sabe? Era não, é uma visita domiciliar. Então a pessoa sentia assim: - “Puxa! Sentiu minha falta...” Se sentia uma pessoa especial. Porque às vezes a pessoa monta um grupo aqui, mas as pessoas não aparecem... E eles não se preocupam. É preocupação também com o indivíduo, sabe? Ela [Gema] tinha essa coisa: - “Fulano está internado? Então eu vou no hospital...” Isso dava uma coisa especial, uma diferença. Porque os outros grupos não fizeram isso... Não tentaram assim... De todos os pacientes daqui que tiveram doentes, ou ganharam nenão em nessa época, a Gema visitava todos. A Gema marcava a presença dela. Ela fazia um turno praticamente de grupo e um turno de visita. (Alfazema)

Segundo Boff (2001), é a partir do cuidado com o outro que o ser humano desenvolve a dimensão da alteridade, do respeito e de valores fundamentais da experiência humana. Nos encontros do Grupo a coordenadora busca resgatar essa humanidade do ser humano, colocando-se próxima à realidade das mulheres, como demonstram as narrativas apresentadas:

[...] eu me colocava muito próxima, porque contava pra elas as minhas dificuldades pessoais tanto quanto elas contavam as delas. Eu não ficava numa atitude neutra de não compartilhar as minhas dores, os meus sofrimentos... E eram muito grandes naquela época. Foi uma época de crise muito grande na minha vida. A época em que a minha mãe ficou com câncer e eu acompanhei o final da vida dela, que durou um ano e meio mais ou menos e que as mulheres me ajudaram muito a ter força e energia pra ajudar minha mãe. E depois disso o início da ruptura do meu casamento, não é? E que eu também que compartilhei isso com elas. E aí, eu acho que o que elas viam que acontecia em todos os lugares era muito semelhante. Aí sim, eu acho que tinha um cunho de ajuda mútua, como também de grupo terapêutico, como também de fortalecimento assim de laços, de vínculos...de amor mesmo, não é? (Gema)

Outro aspecto relevante no que diz respeito à relação profissional-paciente é a relação de troca entre saberes populares e saberes médico-científicos estabelecida pela coordenadora do Grupo Sol. O Ministério da Saúde, ao criar a figura do Agente Comunitário de Saúde, designando-lhe o papel de elo entre a equipe de saúde e a comunidade, indica a necessidade e importância dessa função no trabalho desenvolvido pelas equipes do PSF. A mediação é entendida de diferentes maneiras e pontos de vista, com explica Bornstein (2007): “[...] como facilitação do acesso da população ao serviço; como possibilidade de cumprimento de metas de produtividade e controle sanitário na medida em que a população é acompanhada pelos ACS; e ainda como mediação entre o conhecimento popular e o conhecimento tecnocientífico” (BORNSTEIN, 2007, p. 6). A autora caracteriza um tipo de mediação, elaborada com base nas contribuições de Luckesi²³ (1990, *apud* Bornstein, 2007, p. 8), “que entende a mediação dos saberes como a construção de novos conhecimentos e novas práticas em saúde, contribuindo na transformação da sociedade numa perspectiva democrática”: a *mediação transformadora*. Apropriando-me desse conceito, posso afirmar que a coordenadora desempenha no grupo também esse papel de mediação, expresso, principalmente, na busca de uma abertura para o entendimento da lógica e da dinâmica locais.

Se os documentos oficiais consideram ser o PSF uma estratégia que pode imprimir uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, e essa estratégia conta, necessariamente, com a figuração do ACS, fica demonstrada a importância da mediação para concretizar as intenções de mudança do modelo assistencial. Se colocada a necessidade imperiosa de se ter na equipe um profissional que possibilite a construção de uma ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular, fica demonstrada a existência de um abismo entre esses dois universos.

²³ LUCKESI, C.C. Educação e sociedade: redenção, produção e transformação. In: LUCKESI, C. C. Filosofia da educação. Cortez: São Paulo, 1990.

Vasconcelos (1999) também faz menção a esse fosso cultural existente entre as instituições de saúde e a população, uma vez que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. A dificuldade dos profissionais de saúde em compreender as queixas dos pacientes está também descrita na literatura por outros autores, entre eles Luz (1997a; 1997b) e Valla (1996). Nessa perspectiva, Valla (1996) afirma que “a crise de compreensão é nossa”, sinalizando que nós, profissionais de saúde, não compreendemos o que a população fala ou sente, pois muitas vezes partimos de idéias preconcebidas e acreditamos deter a verdade e o conhecimento. Na visão de autores como Victor Valla (VALLA; 1998) e José de Souza Martins (MARTINS, 2002), as classes populares e a cultura popular são plenamente capazes de construir, ativamente, uma explicação e um *modus operandi* sobre a sua realidade cotidiana. Nesta análise, é possível entender que o modo de as pessoas das classes populares perceberem e explicarem os problemas de saúde é extremamente complexo, entremeadado por concepções de mundo, de vida e de morte, de justiça social, de ambiente saudável, de felicidade e bem-estar e transcendência.

Segundo Valla (1998), estes grupos populacionais, em resposta ao processo de penalização econômica e social a que vêm sendo expostos, constroem comportamentos que são, com frequência, de difícil compreensão para o profissional de saúde.

Chauí (1982, p.40) ao construir um percurso interpretativo sobre a diversidade entre a cultura do povo e a das elites, apresenta a possibilidade de “[...] estarmos diante de duas culturas realmente diferentes [...]”, admitindo, assim, que “[...] a sociedade não é um todo unitário e encontra-se internamente dividida”. Dessa forma, as elites, com base na sua necessidade de dominação, impõem, autoritariamente, a idéia de um padrão cultural único e melhor, “[...] negando o direito à existência para a cultura do povo (como cultura ‘menor’)”. A autora posiciona-se também em relação às dificuldades existentes no plano da comunicação entre os intelectuais e as classes populares (ou entre a cultura do povo e a cultura da elite), quando denuncia o modelo de comunicação vigente como sendo um meio de

[...] interpor a fala do especialista entre a experiência real de cada um e sua vida. Essa fala gera o sentimento individual e coletivo da incompetência. Essas falas científicas têm por finalidade tornar a realidade controlável, previsível, determinando o que cada um de nós deve ser para, simplesmente, poder ser (p.58).

Chauí (1982, p.47) descreve as importantes indagações de Ecléa Bosi, no simpósio sobre “Cultura do povo” a respeito de como seria possível àqueles vindos de outra classe alcançar os que são designados como “povo”.

Estamos habituados, dizia ela, a supor que o ‘povo’ tem um código perceptivo e lingüístico restrito (eufemismo para encobrir palavras como inferior, pobre, estreito), pois tomamos nossos próprios códigos como paradigmas e somos incapazes de apreender a diferença de um outro código [...]. Porque já sabemos o que é a consciência de classe ‘correta’, tudo o que escapa ao nosso saber serve apenas para afirmarmos a existência da alienação ali onde certamente não se encontra.

Esse distanciamento, que parece ser decorrente também das diferenças social e cultural dos profissionais de nível universitário e alguns segmentos da população, prejudicam, principalmente, a interação comunicativa. Na prática estudada essas barreiras são superadas e a interação comunicativa facilitada em decorrência da interação profissional/usuário ser norteada pelo método da educação popular, o que permite a coordenadora reconhecer as diferenças existentes entre ela e as participantes do grupo, e, sem preconceitos, compreendê-las não como barreiras, mas sim como um desafio à construção de canais de comunicação e aproximação, que pudessem viabilizar as estratégias educativas e de apoio social. Isso pode ser demonstrado na fala de Althaea:

A Gema é muito amável com a gente. Ela não tem nenhuma besteira com ela. Ela pega, ela tem aquele carinho, uma coisa muito especial que ela tem. Ela não fica distante, ela chega junto. Isso eu apreciava nela. Preto, branco, amarelo, cor-de-rosa, todo mundo ela beijava. Ela ainda falava assim: - Quando a gente encontra, a gente se encosta. Encosta assim o peito com peito pra se aconchegar, sentir aquele aconchego.

Quando eu ficava assim, meio de longe, ela falava: - “Não, de longe não. Encosta em mim. Sente”. Ela é muito diferente mesmo. É muito atenciosa. Ela tem um cuidado com cada um. Com cada uma da gente ela tratava bem. Ela não tinha essa besteira porque uma tava de chinelo, com o pé inchado, não. Era tudo igual. Mas, esses outros aí... não querer encostar na gente, achando que essa cor pega, a pobreza pega. Tem medo da cor, tem medo da pobreza. Acha que isso aqui pega. Não pega. [...] Essa cor aqui não sai, já é minha, eu já trouxe de berço. [...] Mas que eu sinto aqui, sinto. A pessoa que não se distancia a gente sente até no olhar, no falar. Gema não tinha isso não. Qualquer lugar, de qualquer jeito ela falava, vinha, beijava, abraçava a gente. (Althaea)

Outra importante observação feita em relação à prática estudada foi a “mudança na relação de poder técnico-usuário”, caracterizada por Teixeira (2003) como uma das condições para operacionalizar a pretendida “reversão do modelo tecnoassistencial”. O autor, ao discutir as várias possibilidades de tratamento da questão da integralidade na prática dos serviços, evidencia que “[...] o foco está claramente posto na relação trabalhador-usuário que se dá nos serviços, para a qual se dirigem os mais fortes desejos de integração” (TEIXEIRA, 2003, p.91). Isso implica em o profissional sair da postura representante da verdade e pensar a saúde em sua integralidade, em diálogo com a população e outros profissionais de saúde, atributo

identificado na coordenadora ao reconhecer que sua legítima liderança no grupo não lhe confere o poder da fala de mando.

Mas você tem que ter a humildade de compreender que apesar de você ter facilidade pra liderar, pra coordenar, ou não sei o quê, não é por isso que você tem o direito de mandar. Quem manda é o grupo. Você obedece. E isso é antagônico à cultura médica. Porque a gente vê isso entre os nosso iguais, o tempo todo. Como é difícil a gente abaixar a crista, escutar... Ficar calado.(Gema)

Teixeira (2003) assinala que essa reversão passa também pela construção de um vínculo/responsabilização, mas “encontra-se mais próxima de uma reversão do ‘modelo comunicacional’ em vigor nos serviços” (TEIXEIRA, 2003, p.91), uma vez que postula “que a substância do trabalho em saúde [...] seja a conversa” (TEIXEIRA, 2003, p. 95).

É a conversa a matéria que se apresenta à sensação como puro dado, no encontro entre trabalhador-usuário. Para acentuar ainda mais esta obviedade, basta considerar o quanto a realização do trabalho em saúde de que estamos tratando depende inteiramente dessa materialidade do encontro.[...]

[...] Assim, se a substância é a conversa, qual, ou melhor, quais suas formas? Nosso pressuposto mais geral é de que as formas decorrem das forças que trabalham a substância, que só podem ser ou provir dos próprios atores em presença no encontro e que constroem, juntos, a conversa: trabalhadores e usuários (TEIXEIRA, 2003, p. 95 e 96).

Apesar do grande investimento no ensino de habilidades comunicacionais nos cursos de Medicina, constata-se, em geral, a prevalência de uma abordagem ainda unidirecional e tecnicista. Unidirecional porque vai do médico para o paciente, e tecnicista porque tem ênfase em regras informativas. A preocupação com o enfrentamento e com o manejo dos próprios sentimentos tem sido pouco contemplada na formação médica (MORGAN & WINTER, 1996). Na prática do Grupo Sol, percebi que a preocupação da coordenadora se dirigia a romper esse distanciamento em geral observado nas práticas de saúde hegemônicas. É nítida a ruptura com este modelo tecnicista, como se percebe na fala de Alfazema.

A Gema, ela tem um perfil que até muda a medicina, totalmente. E não é o saber atender como médica, dar remédio e tal... Ela sabe trabalhar com a comunidade. Compreender, conversar, sabe? Orientar também. Porque o médico pode ser o melhor profissional. Vai lá, atende, dá remédio, na boa. Mas ele tem que conhecer bastante o ser humano, inclusive o espaço que ele mora, não é? Conhecer o indivíduo completo. E ela tem esse perfil de conversar, de conhecer, não é? Conhecer, cara.

Mesmo sendo o Programa de Saúde da Família, nem todos os médicos têm o perfil pra trabalhar em comunidade. Porque não é você atender, você medicar. Não é só isso. É você compreender, e conversar. É saber a situação da pessoa. E pra pessoa te falar qual é o problema dele, ele tem que ter confiança em você, não é? Pra poder chegar e: -“Ah, minha família, tal, tal...”. O problema também é que ele não consegue ver o indivíduo total, a família... É que às vezes o problema todo da pessoa está na situação que ele vive, de estresse,

de família, de filho, de tal. E a Gema tem a capacidade de ver tudo isso... Conversando. De ver toda essa parte.

De forma similar, Ayres (2006) afirma que

[...] talvez a mais básica condição de possibilidade de inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da ‘dimensão dialógica’ do encontro entre usuários e profissionais. Isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica. (AYRES, 2006, p.70)

Nessa direção, o autor nos remete ao “[...] relevante significado da ‘decisão de escutar’[...]” e suas implicações no que se refere às questões de identidade, quando aparece o vínculo e a responsabilidade na relação com o outro, fomentando perguntar sobre quem se é, e o lugar que se ocupa diante do outro. (AYRES, 2006, p.72)

A prática que se desenvolve no *Grupo Sol* está de acordo com essa “decisão de escutar” e, por isso, parece ser uma estratégia de ação benéfica, no sentido de oferecer respostas a esse tensionamento relacionado às dificuldades em lidar com a alteridade, existente nos serviços públicos de saúde, referido por Teixeira (2003). Como baseia-se na busca ativa dos “projetos de felicidade” (AYRES, 2006, p.74) de seus participantes, traz, necessariamente, para o espaço de produção da saúde um processo de (re)construção identitária, que implica mutuamente profissionais e usuários. Esse aspecto é visto por mim como sendo uma das principais inovações oferecida por essa prática, podendo ser considerada uma grande oportunidade de *abertura* no que diz respeito ao potencial de alargamento dos horizontes de análise e de trabalho e à ampliação do olhar do profissional de saúde. A partir da leitura das reflexões de Ayres (2006), fui capaz de identificar nessa prática a possibilidade de questionamento de uma alteridade determinada e os significados aderidos a ela e de desconstruí-la, podendo, assim, tornar viável o diálogo e subsidiar o encontro. Principalmente porque, em geral, o trabalho médico, orientado por um modelo assistencial voltado para a produção de ações baseadas em máquinas e procedimentos, gera no médico uma atitude marcada pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, e pelo isolamento com relação aos outros trabalhadores da saúde, como informa Merhy:

Desta maneira, estas intenções que comandam o trabalho médico, comprometido com a produção de procedimentos, estão articuladas com um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para interesses privados estranhos aos dos usuários, isolado de um trabalho mais coletivo no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum dado objetivo, em termos da produção da saúde (MERHY, 1997).

Essa abordagem, que privilegia a “escuta ativa”, está de acordo também com a Abordagem Gestáltica e sua concepção de subjetividade, que compreende a vida humana como “vida-em-relação”, como “viver-em-um-mundo”, em que “[...]ninguém é auto-suficiente” e “[...]o indivíduo só pode existir num campo circundante” (PERLS, 1988, p. 31) e não pode ser tomado ao modo da Psicologia Clássica, como um “eu” em si mesmo, mas um “eu” aberto sempre referido ao outro e às suas condições. A pessoa é sempre em situação, em relação, portanto, se desvela nas situações concretas da vida, em seus encontros e desencontros existenciais. A coordenadora do Grupo Sol, do mesmo modo com ocorre na Gestalt-terapia, tenta compreender os modos relacionais nas situações concretas vividas pelas mulheres e, ainda, compreender os vários sistemas relacionais que se formam e, com base nisso, dialogar com elas, considerando que entre a coordenadora e as participantes também se forma um sistema relacional. Desta maneira, as mulheres não se transformam num objeto na relação com o profissional de saúde, já que ambos estão implicados, num encontro no qual ocorre uma mútua afetação. Isso contribui para que o profissional de saúde humanize seu trabalho ao negar o exercício do poder na sua relação com o usuário.

Nesse sentido, posso afirmar, com base no que foi observado neste estudo, que a valorização da “escuta” e da empatia, sem detrimento aos resultados da tecnologia aplicada, típica da racionalidade médica ocidental, traz para o profissional de saúde um material tão rico ou até mais importante que estes, aumentando, assim, suas possibilidades de atuação em direção ao fim maior: como saber cuidar verdadeiramente de seus pacientes.

Defendo, assim, com base na observação dos impactos do trabalho do Grupo Sol, que as práticas de saúde devem estar voltadas, cada vez mais, para a questão do "cuidado" das pessoas. A ciência e a tecnologia devem ser apenas meios, instrumentos facilitadores do fim das medicinas - sejam elas quais forem - que é cuidar dos seres humanos, contribuindo, assim, para que tenhamos saúde e as melhores condições possíveis de qualidade de vida.

A prática do Grupo Sol resgata este cuidado com os seres humanos, que deveria ser resgatado também pela biomedicina como um todo, pois é por meio desse cuidado que a autonomia pode se construir, a começar pelo reconhecimento e aceitação das inúmeras redes de dependência que constituem a existência humana. E autonomia implica, também, uma enorme responsabilidade consigo e com os outros.

Com base numa releitura contemporânea do conceito de autonomia, enfocando conhecimentos construídos na biologia, filosofia, sociologia e na ética, fica cada vez mais evidente que tanto a perspectiva da complexidade leva à autonomia, como a autonomia requer

e leva à complexidade, ou seja, quanto mais um sistema desenvolver sua complexidade, mais poderá desenvolver sua autonomia, tendo ainda mais dependências múltiplas. Nas palavras de Morin (1996, p.282), “ [...]Toda a vida autônoma é uma trama de incríveis dependências. [...] o conceito de autonomia não é substancial, mas relativo e relacional”.

Relacionando essa questão ao processo saúde/doença, é possível compreender como fundamentais para o cuidado e para a saúde o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, que passam funcionar como redes de autonomia/dependência. Isso pode ser observado na prática do grupo Sol, onde a dimensão autoritária ou paternalista da relação profissional-paciente é superada, possibilitando a expansão da autonomia à medida que avança o processo terapêutico-educativo.

Na relação médico-paciente, defender a autonomia é reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles. Na prática do Grupo Sol, observa-se isso: a relação é heterogênea, diversa, plural, e reconhece-se que o sujeito do processo é a participante do grupo. Nesse sentido, a profissional de saúde que coordena o grupo pode ser considerada como meio e instrumento, que podem ser utilizados também pelas participantes no processo saúde/doença. Dessa forma, a coordenadora se coloca no papel de alguém que pode auxiliar o “paciente” em sua busca de sentido para o conjunto de sintomas que ele está vivenciando e que não consegue sozinho decifrar. Essa postura encontra correspondência na visão de saúde de Canguilhem (1995), uma vez que a dor e a doença são sentidas e vividas por um sujeito em sua totalidade orgânica e biográfica.

Nos resultados deste estudo, verifica-se, ainda, que a coordenadora do grupo desenvolve uma prática baseada na potência auto-recuperadora do organismo humano vivo, que se opõe ao condicionamento, físico e mental, a medicamentos e demais tecnologias do complexo médico-industrial, consultas, exames, programas e sistemas de saúde, sem excluí-los de todo. Com base nesta observação é que defendo que as políticas de saúde devem ser políticas educacionais, com enfoque numa “educação para a vida” (DAMASO, 1992), evidenciando a necessidade urgente da discussão da autonomia para a superação da crise da biomedicina, no sentido de tornar-se uma medicina mais humana, vitalista, que considere a complexidade, a riqueza e a potencialidade dos seres humanos (DAMASO, 1992).

É possível constatar, nos dias atuais, a prevalência de uma prática médica voltada para uma medicalização impositiva sobre os corpos e doenças, em que a subjetividade inerente ao processo de adoecer fica posta em segundo plano, assim como o ser humano na sua inteireza,

com seus conflitos e necessidades. Segundo Crema (2006,1995, p. 16), “[...] a subjetividade e a dimensão do coração, consideradas não-científicas, foram proscritas, destinadas aos artistas e poetas delirantes”. Essa prática médica, muitas vezes curativa e intervencionista, separa o indivíduo em corpo e mente, desconsiderando a totalidade orgânica. E, talvez, em função do despreparo dos profissionais de saúde para lidarem com o sofrimento de seus pacientes, de uma forma mais ampla, em virtude da abordagem curativa e fragmentada, muitos destes, chegam até mesmo a desqualificar as queixas dos pacientes e a culpá-los pelo fracasso dos tratamentos (KIRMAYER, 1988).

Nessas condições, segundo Chauí, a cultura dominante “se oferece como saber de si e do real” e a dominada como “não-saber”. Por um lado, a universalidade do saber, construída e imposta pelas elites, garante-lhe neutralidade e “disfarça seu caráter opressor”, e, por outro, “a ‘ignorância’ do povo serve para justificar a necessidade de dirigi-lo do alto” (CHAUÍ, 1982, p.51).

Essa discussão pode justificar, historicamente, a presença e a preservação, entre os profissionais de saúde, de traços de uma postura “higienista” na sua prática educativa junto às camadas populares. A adoção desta postura seria, também, a meu ver, com base na abordagem de Chauí, uma decorrência da tentativa dessas elites intelectuais e econômicas brasileiras, incluindo aí os profissionais de saúde, de impor o discurso “sábio e culto”, como um “discurso do universal”, sobre as camadas populares. Esta situação, que dominou o panorama da educação e saúde até a década de 60, perdura até os dias de hoje.

A prática do Grupo Sol e a forma como o trabalho do grupo é conduzido, assim como a Terapia Comunitária e outras práticas contra-hegemônicas, são possibilidades que rompem com essa lógica do “discurso universal” sobre as camadas populares, e podem ser considerados movimentos de resistência ao autoritarismo presente ainda hoje nas práticas de educação e saúde do SUS, como se verifica na declaração da coordenadora.

O poder é o poder do grupo. Não é porque você é a coordenadora, que você é a poderosa, entendeu? Você é só um instrumento de organização. Mas é você se entregar inclusive como instrumento do grupo, de um agrupamento humano.(Gema)

Em outras palavras, a prática do Grupo Sol privilegia os sentimentos e valores dos usuários, de seus familiares e dos profissionais de saúde, todos considerados envolvidos na arte de curar e promover saúde, assim como a estimula a reflexão em conjunto para as tomadas de decisões necessárias, tendo como consequência a democratização da relação médico-paciente, resgatando, enfim, sua humanização.

4.8 Concepção de saúde e doença

Há nas falas e nas ações de saúde promovidas pela coordenadora do grupo um pensamento coletivo, uma dimensão social, uma percepção não só física do corpo, mas a visão de um todo e não de partes fragmentadas, que evoca os referenciais do pensamento sistêmico. É possível enxergar uma concepção de saúde como desdobramento de um debate mais amplo sobre a vida, no qual se compreende que os seres vivos são aqueles capazes de se auto-organizar (ATLAN, 1992) ou de se organizar de forma autopoietica (MATURANA & VARELA, 1995), ou seja, de produzirem-se continuamente a si mesmos, de acordo com uma íntima interação com o exterior (ambiente). Observa-se, portanto, uma concepção sistêmica de saúde e das relações humanas, que enfatiza a integração dos determinantes, que se somam de um ponto de vista mais global, mais holístico, mais dinâmico, oferecendo maior riqueza para a compreensão do processo saúde-doença. Essa concepção ‘global e holística’ retrata uma noção mais coletiva e social, e está próxima à visão de saúde como produção social (MENDES, 1996).

No trabalho de Martins (2004), que pretende articular a crítica de Foucault à “medicalização autoritária de corpos e doenças” ao conceito espinosiano de aumento da potência de agir, tendo como horizonte a questão da autonomia dos indivíduos, encontrei uma concepção de saúde muito próxima àquela adotada pela coordenadora do Grupo Sol e à concepção formulada por mim ao longo dos oito últimos anos de trabalho na Saúde Pública.

Martins (2004) alega que pelo fato de a Medicina assumir a sua cientificidade como um dogma, ao invés de se limitar à criação de suportes de compreensão de realidades, leva “[...] o médico, que a ela adere, consciente ou inconscientemente, a assumir uma posição de onipotência diante da dita doença do paciente e, por conseguinte, diante do próprio paciente”. Concordo com Martins que isso favorece o sujeito assistido adotar uma posição de “tutelado” e a abdicar, enquanto for “paciente”, de sua autonomia, de seu poder de reflexão e de decisão sobre si mesmo, de seu conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo.

É esta crença na ‘verdade científica’ que faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’. Ou, ao menos, o discurso da ‘verdade científica’ é o que lhe serve de alibi para o exercício de poder sobre o paciente. (MARTINS, 2004, p.6)

Martins assume que, de um modo ou de outro, este poder acaba sendo exercido como se fosse de direito, necessário e inevitável. E a postura complementar do “paciente” se

naturaliza ao aceitar, pacificamente, a perda de seus direitos, a imposição da verdade do médico e da medicina, e a “correção” de seu defeito “por aquele que supostamente ‘sabe’ a verdade sobre o corpo do paciente” (MARTINS, 2004).

Martins exemplifica, demonstrando que essa relação de poder ocorre com mais nitidez nos hospitais públicos, junto à população de baixa renda. Nesses casos parece haver uma dupla inferiorização do paciente frente à onipotência médica, por tratar-se de uma população que já é excluída política, social e economicamente, no dia-a-dia da cidade, e passa a ser, no momento do atendimento médico, desrespeitada no que diz respeito a sua autonomia.

O que Martins alega é que “[...] em termos mais gerais, o médico positivista, organicista e cientificista é um reflexo de interesses financeiros mundiais, que em nome da ciência impõem uma medicalização da vida, para fins financeiros”.

Lucra-se com a venda de remédios, fármacos, drogas, aparelhos de biotecnologia. A saúde torna-se um comércio como outro qualquer. Em nome da ciência, o médico se sente o arauto da verdade, por vezes mesmo em detrimento da saúde do paciente. Mas em nome da verdade, na realidade torna-se um instrumento de um poder que lucra com sua devoção à causa, e que lhe acena com a devida recompensa financeira – seja com salários ou ganhos importantes, seja com presentes, brindes e viagens, seja simplesmente com um status e uma imagem social elevada. (MARTINS, 2004, p.7)

O respeito pela autonomia das participantes e sua valorização constituem uma marca registrada na atuação da coordenadora do Grupo Sol. Isso também pode ser visto como uma forma de luta política contra o autoritarismo de um controle médico invasivo. A falta de autonomia impingida aos pacientes na medicina oficial, em seu discurso e em sua postura de detentora da verdade do outro, faz com que o “paciente” assuma cada vez mais uma postura passiva, afastando-se da possibilidade de reencontro com sua capacidade vital e de criação e ação em relação à sua vida.

[...] em toda situação em que algo nos é imposto como uma verdade pronta, nos sentimos invadidos, impotentes, e aí sim o dever e a vida nos pesam, pois que passam a nos oprimir. Recuperar a saúde, pois, necessita ser algo vivenciado pelo paciente como uma criação sua, para que faça sentido, para que a vitória sobre uma doença seja acompanhada efetivamente de uma recuperação da saúde da pessoa, isto é, que ela possa reapropriar-se de si, reencontrar efetivamente sua capacidade vital, capacidade somatopsiquicamente ativa e criativa em relação à sua vida. (MARTINS, 2004, p.11)

Em sua formação na Psicologia Médica, encontramos os fundamentos teóricos conceituais do pensamento sistêmico, da teoria sistêmica de família e das teoria de grupo operativo e de suporte social, que, claramente, influenciaram suas posturas na condução do grupo e no desenvolvimento de seu método de trabalho. Encontramos, também, a influência da pedagogia de Paulo Freire, já mencionada anteriormente.

Encontro correspondência das idéias da coordenadora do grupo à respeito dos conceitos de saúde e doença com a epistemologia de Georges Canguilhem, que enfoca os conceitos de normal e patológico como valores, o reconhecimento da dificuldade da determinação médica do que seja normal e do que seja saúde e a valorização da perspectiva dos doentes e de sua singularidade nesse processo. A adoção e a defesa da perspectiva vitalista de Georges Canguilhem presente na prática estudada ajuda a questionar as relações de poder/saber estabelecidas nas práticas hegemônicas de saúde e a refletir sobre os pressupostos fundamentais desta racionalidade médica, na busca de propostas de transformação dessas relações sociais e das próprias práticas tradicionais do modelo biomédico. Nesse sentido, defendo a necessidade do resgate da noção de autonomia como valor na saúde, pensada na perspectiva da complexidade, partindo das noções já estudadas anteriormente, relativas à desconstrução da onipotência da Medicina, à dissolução do mito da medicina como sinônimo de saúde e à saúde como consumo de produtos e serviços ligados à tecnologia médica.

Destaco, ainda, outro marco importante na trajetória da coordenadora do grupo que foi ter sido uma das fundadoras do Grupo de Mães Amigas do Peito. Esse grupo, criado em 1980, por iniciativa da atriz BÍbi Vogel, trabalha no sentido de compartilhar com a comunidade dificuldades, expectativas e sucessos vividos com a amamentação, sob a perspectiva de uma metodologia problematizadora, tendo como objetivo principal recriar uma cultura favorável à amamentação em nossa sociedade a partir da infância, bem como assessorar grupos de apoio e fazer um acompanhamento sobre a situação da amamentação na comunidade. O grupo é uma ONG, sem fins lucrativos, e trabalha de forma voluntária para proteção, promoção e apoio à amamentação, não tendo vínculo com instituições governamentais, partidos políticos ou grupos religiosos. A participação da coordenadora, desde o início da criação do Grupo de Mães Amigas do Peito, fez com que ela obtivesse uma grande fluidez com esse tipo de metodologia problematizadora e ativa, com base também nos princípios de Paulo Freire.

A saúde, de acordo com a concepção adotada na prática estudada, é entendida como algo vivenciado, que não é passível de redução a normalizações, sendo sempre relativa e singular. Daí a importância dada pela coordenadora do grupo ao respeito à individualidade daquele que é cuidado. Ela não acredita que haja uma hierarquia e sim uma simples diferença de funções, sendo que quem mais tem condições de saber sobre aquele que é cuidado é ele próprio e não o profissional de saúde que cuida. O fato dele ter se profissionalizado não lhe confere o status de “mandatário da ciência” (MARTINS, 2004). Portanto, está implícito nesta

prática que o que está em jogo não é uma saúde ideal, mas a saúde singular do indivíduo singular, que está ali para ser cuidado, “assistido”.

A coordenadora não enfatiza o processo de transmissão de conhecimento, nem procura difundir conceitos e comportamentos considerados corretos. Sua atitude constante é a de problematizar, em uma discussão aberta, nas rodas de conversa, o que está incomodando e oprimindo as participantes do grupo, incentivando a autonomia em consonância à visão de Paulo Freire e da Educação Popular. A prática estudada assume, assim, uma perspectiva de compromisso com os interesses das classes populares, reconhecendo sua diversidade e heterogeneidade. Atua com base nos problemas de saúde específicos apresentados ou das questões ligadas ao dia-a-dia das participantes do grupo. Dedicar-se a entender, sistematizar e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar incompreensões e mal-entendidos, ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse, tratando também de ampliar os canais de interação cultural e as redes sociais entre as participantes do grupo, os diversos profissionais e instituições que atuam na comunidade. A prática do Grupo Sol pode ser considerada uma tentativa bem sucedida de superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber médico.

Esse maior respeito pela autonomia dos indivíduos vem do reconhecimento da coordenadora de que não se tem o controle sobre nosso próprio corpo, que o saber sobre nós mesmos nos ultrapassa, e que o saber médico não detém a verdade sobre a saúde dos indivíduos, tal como afirma Martins (2004).

[...] a grande confusão que é feita se dá entre pensar que seguir métodos pré-estabelecidos de redução formal é o mesmo que ‘dizer a verdade’. A ciência passa assim a ser tomada não mais cientificamente, mas como um oráculo que revelaria a verdade do objeto estudado. Não é assim. Ao contrário, se a ciência dissesse a verdade não seria ciência, mas dogma, isto é, o contrário do que ela se propõe a ser. Se seguir o método levasse à verdade, esta estaria contida no resultado obtido e a própria ciência não seria mais necessária. Seria um dogma, uma crença na verdade, não a criação de suportes de compreensão de realidades. (MARTINS, 2004, p.4).

Em sua prática, a coordenadora coloca na mesa de discussões as diferentes possibilidades de representação, tanto da doença como dos processos de cura, questionando a visão hegemônica de saúde, que defende a existência de um único modo de cura. Por isso, verifico que sua prática funciona, também, como um instrumento de intervenção no processo histórico-social; como uma forma de resistência à tentativa, por parte da medicina tradicional, de impor sua visão de mundo. Ao assumir o respeito pelas práticas populares, valorizando-as, afirma uma resistência à tentativa disciplinadora da medicina oficial. Ela tem a ousadia de

abandonar a postura etnocêntrica assumida pelas práticas oficiais, que baseiam suas estratégias de tratamento e cura na visão de mundo “capitalística” (GUATTARI & ROLNIK, 2000).

Pude perceber, na prática desenvolvida pela coordenadora do Grupo Sol, que existe, na sua forma de conduzir o trabalho grupal, a influência do pensamento filosófico. Quero dizer com isso que percebi a presença de uma “atitude filosófica” na sua forma de atuar. Segundo Martins (2004), a filosofia tem “[...] um papel de *desconstrução* de crenças e naturalizações atuais, problemáticas para nossa contemporaneidade, desmascarando interesses reativos e mecanismos defensivos por detrás destes discursos que se propõem verdadeiros e hegemônicos”. Tem também “[...] um papel de *construção* de novos conceitos, valores e formas de conceber a saúde e a vida, abrindo a novos modos de nos afetarmos e nos inserirmos no mundo”.

A filosofia, que não trabalha com reduções como a ciência e portanto pode abrir mão das abstrações e simplificações da ciência para permanecer na imanência dos corpos, pensando-a em sua singularidade, nos permite compreender o corpo sem ser como uma máquina. (MARTINS, 2004, p.10)

Essa era a postura adotada pela coordenadora do grupo: capturar os *conceitos* envolvidos na concepção do que seja saúde, assumindo que estes não são verdadeiros em absoluto, mas construídos segundo crenças e interesses, construindo e elaborando, junto com as participantes do grupo novos conceitos, com base em valores que levem em conta não os interesses do mercado mas sim, propriamente, a saúde das pessoas, no sentido de sua capacidade ou potência de agir e de pensar. Seu papel era basicamente o de buscar a reabilitação do paciente para sua existência, o que está de acordo com a concepção de Martins (2004) e do conceito ampliado de saúde por ela adotado.

Na visão de mundo da coordenadora do Grupo Sol, posso identificar a influência de diversas teorias e experiências existentes que se harmonizam com a visão ampliada das práticas de saúde, tais como a teoria dos sistemas autopoieticos dos neurocientistas Humberto Maturana e Francisco Varela, o pensamento de Nietzsche e de Spinoza, a complexidade do sociólogo e epistemólogo Edgar Morin, a física quântica, as neurociências e as ciências da cognição.

Quando Morin (1986, p.20) fala sobre a fragmentação do conhecimento, em “campos de conhecimento não comunicantes”, penso de que esse conhecimento estilhaçado é um dos fatores que dificulta a apreensão do processo saúde/doença em sua totalidade. A proposta

educacional da prática estudada contempla as novas dinâmicas do conhecimento, trazidas pela revolução científico-tecnológica, que vêm permitindo a introdução na ciência de novas formas de pensar a realidade. É capaz de levar em conta os avanços da ciência e de dar conta da reconfiguração dos projetos da racionalidade moderna, pois reconhece outros saberes como sendo necessários à articulação do saber prático ao saberes médico e dos planejadores do campo da saúde. Apesar da formação em saúde da coordenadora do grupo, em uma instituição médica tradicional, estar impregnada de uma visão de mundo que se mostra incapaz de fazer com que os profissionais de saúde possam sair dos limites do corpo físico, dificultando a promoção de ações eficazes no campo das práticas de saúde, ela conseguiu uma aproximação com o universo humano, em função de sua visão sistêmica da realidade, em que os fenômenos complexos só podem ser explicados por conteúdos transdisciplinares. Sua abordagem das questões biomédicas dentro de uma “outra lógica”, que não inclui um entendimento da anatomia e fisiologia humanas como “sistemas” separados, traz inúmeras inovações no que se refere aos conteúdos, aos aspectos éticos e a abordagem dos problemas de saúde a partir de uma ótica educativa.

Encontro coincidências da visão da coordenadora com o pensamento de Nietzsche, em relação ao pressuposto de que o indivíduo traz em si a coletividade e, conseqüentemente, todas as possibilidades de uma sociedade. Sua visão de consciente e inconsciente, também se assemelha à de Nietzsche. Ambos percebem a atividade inconsciente como a instância mais importante do ser humano (VAN BALEN, 1999), e, por isso, adota, um olhar que inclui o pensar inconsciente como um pensar igualmente válido ao pensar consciente, já que para ela a “consciência não é aquilo que domina o corpo e nem tampouco o pensamento. (Gema, Caderno de notas, p.20). Nesse sentido, a coordenadora assume que os atos, pensamentos e atitudes de uma pessoa são também produzidos pela atividade inconsciente, justificando a necessidade de também nos comunicarmos, de alguma forma, com esta instância do pensamento, já que na verdade o pensar ultrapassa os limites da consciência.

Como em Nietzsche, a coordenadora aposta no individual como uma “transformação, uma remodelagem, uma nova interpretação dos instintos sociais” (HAAR²⁴, 1993, apud VAN BALEN, 1999, p. 63).

A concepção de promoção adotada na prática estudada parece coincidir com a nova concepção de promoção defendida por Labonte (1996), que determina uma maior interação com o espaço social.

²⁴ HAAR, M. *Nietzsche et la métaphysique*, Paris: Gallimard, 1993.

Na perspectiva de saúde da coordenadora do Grupo Sol está implícita a idéia que existem inúmeros fatores não-biológicos que alteram o equilíbrio saúde–doença, como os psicológicos, os emocionais, os relacionais, os espirituais e os sociais. Se o processo saúde–doença é influenciado por questões econômicas, políticas e sociais, os ganhos em saúde passam pelo movimento dos sujeitos de busca de respostas e transformações para os problemas vigentes, como a má distribuição de renda, a baixa escolaridade e a desvalorização do trabalho rural, doméstico e feminino.

Na experiência estudada, é possível identificar os princípios de promoção de saúde sedimentados nos documentos da OMS que se mostram, assim, operacionalizáveis.

As falas das colaboradoras demonstram a concretização do potencial da promoção da saúde como ganhos obtidos, referentes à melhora efetiva de suas condições de vida.

A coordenadora teve um papel importante na operacionalização da intersectorialidade, tendo sido capaz de sensibilizar outros setores, indo muito além de promover simplesmente ações individuais saudáveis. Por outro lado, nota-se que o serviço de saúde local encontra dificuldade para incorporar esses princípios em suas ações. Possíveis razões podem ser as “amarras” e burocracias colocadas pelas questões institucionais, ou consequência de uma freqüente confusão existente entre os limites conceituais de prevenção e promoção, que leva as experiências auto-intituladas de “promoção de Saúde” e as de promoção da saúde propriamente ditas serem ainda demasiado dispersas (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). Nesse sentido, questiona-se a capacidade de o setor Saúde avançar além da assistência e prevenção, uma vez que as ações de âmbito coletivo, e que incidem sobre os determinantes sócio-econômicos e ambientais, não são freqüentemente contempladas (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003).

Na comunidade de Vila Canoas, observa-se uma enorme dificuldade para implementar o princípio da intersectorialidade, possivelmente em função da persistência da lógica setorial e da fragmentação que povoa o pensamento da maioria dos profissionais de saúde e ainda por conta da desarticulação do modelo administrativo tradicional presente nos níveis mais altos de gestão. Nesse sentido, a intersectorialidade representa outro desafio para as políticas públicas.

4.9 Grupo, apoio social e redes sociais

Segundo Brito (2001), no grupo terapêutico, o instrumento básico é a comunicação. Corroborando Barreto (2005), ao afirmar que, quando uma pessoa se comunica com outra, está oferecendo uma definição de si mesma ao interlocutor e espera uma resposta. A resposta do

interlocutor funciona como um espelho para a pessoa, permitindo a ela reconhecer-se. Essa idéia pode explicar a aquisição de uma maior consciência de si mesmas por parte das freqüentadoras do Grupo Sol. As reuniões do grupo, de partilha, constituem, portanto, uma rede viva de comunicações gestuais, onde cada pessoa pode expressar sentimentos quer seja de alegria, tristeza, medo, angústia, decepção, frustração. Nessa rede, a dor pode ser acolhida, partilhada e transmutada, como expressa Althaea.

Conversa com ela, que você vem para essa reunião que vai ser muito bom pra você. Aqui se fala de tudo, aqui tem as amigas, cada um conta a sua história, você sai outra pessoa. (Althaea)

A participação no Grupo Sol representou um momento importante na vida das suas participantes e também de sua coordenadora.

Aquele grupo de mulheres foi pra mim um esteio na minha vida... Uma época muito importante, que eu compartilhei coisas muito importantes da minha vida com elas [...]

Foi um tempo da minha vida muito importante, muito transformador, que eu recorro a ele muito, muito até hoje, nas minhas lembranças, na memória, nos meus trabalhos, porque eu continuo trabalhando com outros grupos hoje em dia. Hoje em dia, às vezes, quando eu me deparo com dificuldades muito grandes de grupos de duas ONGs, principalmente, que eu trabalho – com as “Amigas do Peito” e com a REUNA (que é a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Como todo grupo tem aquelas desavenças, dificuldades, momentos assim de impasse, que a gente tem vontade de parar, ou momentos em que a gente fica com raiva das pessoas com quem a gente está trabalhando. Aí eu recorro muito à experiência de Vila Canoas pra compreender, ter paciência, ter tolerância com as dificuldades dos outros e, também, principalmente, com as minhas. [...]

Acho que elas [as mulheres] consideram essa experiência do grupo também como uma coisa muito importante do ponto de vista de grandes mudanças na vida delas, mas também de oportunidades de fazer vínculos muito fortes de amizade, de amor... Acho que isso foi o mais importante. Hoje em dia eu vejo isso como a base do Grupo de Mulheres de Vila Canoas: o amor e um vínculo de muito respeito, de muito espaço pras pessoas se expressarem ... E também de muita alegria de compartilhar o crescimento e o desenvolvimento de cada uma daquelas pessoas; um espaço muito compreensivo também com os limites de cada uma, com as barreiras, com as impossibilidades de avançar. Acho que aquele foi um grupo iluminado mesmo. (Gema)

No aspecto qualitativo, todas as participantes afirmaram que o compartilhar do grupo trazia significativas mudanças para suas vidas, no aspecto da auto-estima, segurança e melhora da convivência com a família. Implicou a reconstrução de suas identidades em outras bases, o que lhes possibilitou dar um salto de qualidade em suas vidas, trazendo inclusive uma maior capacidade para aconselhar outras mulheres. Isso pôde ser verificado nas entrevistas e também na observação das reuniões do grupo, por meio das falas das participantes.

E eu fui me regenerando, me reeducando, porque eu não sabia sorrir. Tinha a ginástica da praia. Eu era muito gaiata. Quando cantávamos “Melhorando tudo, melhorando todos” eu era a que cantava mais, que fazia mais palhaçada. Enfim, foi muito bom para mim [...] A

Gema dizia: -“*Você agora está outra. Você fala. Você antigamente não falava. Você já chega aqui cantando. E todo mundo bate palma pra você, sente sua falta*”. Então foi aí que eu comecei tomar tenência que eu era gente. Até então, eu não me dava como gente. Eu achava que eu era uma máquina só de trabalho. E nunca fiquei assim em grupo. O grupo que me ensinou a viver. O grupo. Esse grupo. Esse grupo Girassol que me ensinou a viver, a ser gente, a sair da fossa que eu vivia e ser aquela pessoa... Me modificou. Fui me modificando e hoje eu continuo mudada.(Althaea) .

O grupo exerce o papel de contexto onde se constrói uma solidariedade que reforça a motivação para avançar. O sentimento de pertencer a uma comunidade de interesses cria um sentimento de responsabilidade pela preservação e continuidade do trabalho de grupo.

Isso está de acordo com a afirmação de Munari & Rodrigues (1997):

[...] entender um grupo como um espaço de troca de experiência é vê-lo servir como agente de transformação, quanto mais existirem atitudes de acolhimento e de solidariedade entre seus membros, maiores as chances do desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas [...] um grupo é aquilo que seus membros fazem dele.

Isso se expressa na fala de Calêndula, citada abaixo:

Estou há quatro anos afastada, mas é uma injeção de ânimo estar junto desse povo amigo, por quem eu tenho muito carinho, amizade e consideração. Quando saí daqui [da comunidade], senti muita falta do grupo. Não sei viver sem o grupo... Agora, tenho que estar metida sempre num grupo. Hoje faço parte de um grupo de anônimos em Jacarepaguá, perto de casa.(Calêndula)

Como as mulheres, em geral, mostraram-se carentes de confiança nelas mesmas, o elemento de elaboração coletiva passa a ser importante, pois oferece uma segurança psicológica indispensável ao bom funcionamento individual.

A Unibiótica também me fez muito bem mesmo. Eu não perdia. Eu descia, andava, ia pra lá e pra cá. Depois me encontrava com ela, fazia a unibiótica e depois subia de novo. Às vezes ela trazia a gente de carro, me levava até o condomínio. Chegava feliz da vida. Num instante fazia minhas coisas. Fazia num instante. Num instante eu me desenvolvia. Mas quando foi acabando... O que que eu vou fazer da minha vida? (Althaea)

As mulheres, à medida em que rompem o isolamento e o sentimento de inferioridade e impotência a que estavam submetidas, adquirem autonomia e reconquistam sua identidade, aprendendo a determinar seu perfil, seu percurso e seu destino.

Porque ali que a gente se encontrava. Era ali que nós despencávamos a nossa dor, a nossa angústia. Era ali naquela reunião. Cada um dizia o que estava sentindo.(Althaea)

As participantes do Grupo Sol demonstraram, em seus depoimentos, que construíram a partir do grupo várias redes de apoio. Eram nítidas as manifestações de carinho, afeto e

compreensão entre os membros do grupo que justificam esta afirmação, como se vê na fala de uma das participantes.

[...]considerar a Gema como uma pessoa que muito nos ajuda. Ela faz parte; é uma extensão da família [...].(Tulipa)

O suporte social foi, portanto, outra estratégia importante encontrada para o enfrentamento das inquietações, como apontado na maioria das narrativas.

As pessoas do grupo são minha família. Quando saio de um grupo, entro em outro. Acredito que o ser humano não pode estar sozinho.(Calêndula, Caderno de notas)

Com base na perspectiva da abordagem sistêmica, como forma de compreender os problemas apresentados pelas mulheres do grupo, a coordenadora abordava os problemas familiares e comunitários trabalhando com o enfoque no grupo familiar e comunitário e não no indivíduo, de maneira isolada. O próprio grupo é visto como um sistema, formado por vários subsistemas que se inter-relacionam, formando uma rede complexa, em que cada um influencia o outro a partir do compartilhamento das informações. A coordenadora compreende o problema do indivíduo, nas suas relações, nos vínculos estabelecidos, uma vez que adota a perspectiva de que o comportamento individual repercute nos grupos familiar e comunitário. Dessa forma, conclui-se que a circulação de informações nessa rede de relações contribuiu, de maneira decisiva, para o fortalecimento da comunidade.

Essa rede de apoio foi favorecida pela amizade, pela vida compartilhada, pelo alívio do sofrimento e pelo fortalecimento dos vínculos. Desse modo, as redes de apoio são entendidas como teias de relações sociais que circundam o indivíduo, bem como suas características. Morin (1997, *apud* FROTA *et al.*, 2003, p. 88) “assinala que o espírito criativo dos seres humanos, junto à necessidade de buscar saídas para resolver problemas do dia-a-dia, impulsiona o agrupamento de pessoas nas mais variadas maneiras para enfrentar os desafios e sobreviver”. Sendo assim, a rede social opera mobilizando recursos pessoais e comunitários e permite aos indivíduos que necessitam de ajuda atenuarem a sua carga emocional e estimularem seu empoderamento (TEIXEIRA, 2002). Nesse sentido, afirmam Frota *et al.* (2003, p.89): “como uma teia de aranha, é a rede que faz a junção das pessoas, fortalecendo-as e protegendo-as contra a fragilidade e as ameaças sociais da destruição”.

A nossa relação entre as mulheres na época era diferente. Conhecíamos uma as outras. “Ah, fulana é do grupo... Vamos fazer isso, vamos fazer aquilo!” E era sempre uma amizade assim... Cada uma conhecia os problemas da outra e sempre tentávamos ajudar umas às outras. Isso era muito importante. Isso trazia mais solidariedade. A Althaea é fruto de uma

amizade que veio do grupo. Nós já nos conhecíamos antes, mas no grupo é que nós nos entrosamos. Tenho muita saudade do grupo. Se tivesse hoje de novo o grupo eu ia participar, sem pensar duas vezes. É muito importante.(Agave)

De acordo com Dessen & Braz (2000), a rede social é um sistema composto por sujeitos sociais, funções e contextos que oferecem apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades. O apoio instrumental é referente à ajuda material e à ajuda informacional. E o apoio emocional é referente à afeição, ao carinho e às ações que levam a um sentimento de pertença. Isso está ilustrado na seguinte fala de uma das participantes:

E também o que eu achei importante também é porque mesmo aqui dentro da comunidade a gente mal conhece as pessoas. Às vezes nem pelo nome. A gente conhece assim... Sabe até às vezes onde mora. Mas a gente só passa a conhecer melhor depois desse grupo. Porque aí a gente se entrosa melhor com aquela pessoa, conversa com aquela pessoa... Até para a gente viver aqui na comunidade esse grupo aqui foi bom. Desse grupo para cá a gente passou a conhecer melhor as pessoas, a fazer mais amizades. Porque a gente só faz amizade quando a gente começa a conversar. Só assim. Quando você encontra com a pessoa assim, você até pode dizer bom dia, boa tarde, boa noite. Mas você não conversa com aquela pessoa, você não sabe nada daquela pessoa. E isso aí não é você querer saber da vida de ninguém. Uma coisa que a gente falava ali, ficava ali. Ninguém saía comentando: "Ih! Fulano falou isso, cicrano falou aquilo".(Capuchinha)

Landim *et al.* (2003) acrescentam que na rede social há também o suporte informativo, que inclui o fornecimento de orientações, em um processo no qual as pessoas buscam informações para ajudá-las na resolução de problemas. É possível perceber esse elemento presente na fala da participante Calêndula.

Temos que saber das coisas para nos proteger. Tem uma lei que protege os estudantes, que só pode trabalhar seis horas. Agora estou lendo mais o jornal para saber das coisas. Quando a gente entende, fica mais fácil. [...] Saber dos direitos já é um passo para ser respeitado. Quando não sabemos somos prejudicados duplamente. (Calêndula, caderno de notas).

As redes de apoio social propiciam o estabelecimento de interações e comunicações interpessoais claras e solidárias, que possibilitam que o indivíduo venha sentir-se mais amparado, cuidado, valorizado e amado (LANDIM *et al.*, 2003). O suporte social estabelecido pela teia de apoio é fundamental para a manutenção da saúde mental e para o enfrentamento das inquietações e alívio dos sofrimentos do dia-a-dia. Ressalta-se, então, a importância da teia de apoio para a vida das participantes do grupo. Neste estudo, a rede de apoio foi composta pelos próprios membros do grupo, além de parentes da família, amigos, vizinhos e os profissionais que prestavam cuidado. Nesse sentido, a teia de apoio flui através da rede social estabelecida e funcionante. É o que fica evidenciado nas falas a seguir.

Quando eu fiquei doente, tive muito apoio do grupo, porque naquela época meu marido trabalhava e minha nora também. E aí a turma toda vinha para cá quando terminava o grupo.

Então, foi muito importante pra mim. Elas chegavam aqui e eu conversava com elas... A minha filha falava assim: - “É bom porque quando elas vêm aqui, a mamãe se intretém”. Foi muito legal. E no tempo que eu estava no hospital também ia todo mundo lá... Begônia, Tulipa... a turma toda. E aqui em casa elas vinham toda semana. Duas vezes na semana elas vinham aqui. (Capuchinha)

Estou me sentindo melhor depois de falar. Sinto amor nesse grupo. Com as lágrimas saiu tudo. Vocês me passam confiança, segurança, tudo o que eu preciso. (Anthemis, caderno de notas)

Era possível perceber na prática do Grupo Sol a perspectiva familiar/comunitária presente, uma vez que a coordenadora considerava que:

1. Os integrantes dos sistemas familiares e comunitários eram membros ativos-reativos no processo saúde-doença;
2. era importante identificar as reações/sentimentos de todos os envolvidos para possibilitar a abertura dos canais de comunicação fechados;
3. pontuar forma de vinculação anterior/atual momento do adoecer/crise (ressignificar vínculos);
4. contextualizar como a doença/crise/conflito se iniciou;
5. mobilizar recursos internos da família/parentes, comunidade e outros;
6. estimular capacidade de rearranjar papéis familiares e comunitários, modificando os já confortavelmente definidos e inadequados;
7. explorar as expectativas dos familiares e da comunidade frente à doença ou situação disfuncional vivenciada (esperança, envolvimento e colaboração).

A “eficácia terapêutica” do trabalho grupal parece ter sido facilitada pelo fato da coordenadora ter sempre em mente uma visão global do problema, sem perder de vista a noção de conjunto, da família e da comunidade, como um complexo de relações. Essa compreensão sistêmica, ampliada e interligada dos acontecimentos e dos fatores imbricados no processo saúde-doença, que possam estar influenciando-o, pode oferecer maiores subsídios para uma atuação terapêutica mais eficaz e consistente, juntamente com os recursos de avaliação do funcionamento e estrutura da dinâmica familiar e comunitária; de observação dos padrões de interação disfuncionais; de compreensão dos estágios dos ciclos de vida das famílias e dos fatos significativos de grande impacto na sua dinâmica; do envolvimento das pessoas, familiares ou não, que estejam de alguma forma relacionada ao problema e a solução das dificuldades e de criação de contextos para se pensar de modo diferente os comportamentos repetitivos.

Valla (2006), em seu estudo, aponta que o apoio social pode funcionar como fator de promoção de melhorias na saúde física e mental. As falas das colaboradoras apontam pra essa direção:

Minha vida era diferente na época que fazia parte do grupo. Era a alimentação, o que era bom pra saúde. Minha alimentação era diferente naquela época. A gente passou a comer mais legumes, não se comia quase. Era feijão, arroz... E, é isso. Sentia muita diferença. Pra lidar mesmo com as crianças, com os netos, com os filhos... Isso entrou tudo... uma transformação muito boa. Uma diferença muito grande. Por exemplo, a alimentação, o jeito de cuidar, de falar, de fazer as coisas [...] A minha vida sem o grupo ficou na estaca zero.(Agave)

Minha vida era mais ativa naquela época. Eu levantava cedo, fazia ginástica, catava lata de madrugada...(risos). O grupo me animava... A gente sabia que tinha aquele compromisso. (Agave)

O grupo que me ensinou a viver. O grupo. Esse grupo. Esse Grupo Sol que me ensinou a viver, a ser gente, a sair da fossa que eu vivia e ser aquela pessoa... Me modificou. Fui me modificando e hoje eu continuo mudada.(Althaea)

Porque, gente, tem muita coisa que, não adianta, a gente sozinha a gente não aprende não. Eu sou uma pessoa que eu leio muito. Diariamente eu estou com um livro, lendo. Mas a gente sozinha, a gente não é capaz de aprender nada. Tudo o que agente aprende é em grupo, é com o outro, com as pessoas... (Capuchinha)

Em virtude da dificuldade da vida das participantes do grupo e do fato de seu cotidiano de trabalho ser considerado aprisionante, observa-se que a participação no grupo passa a ser uma forma catártica das mulheres reafirmarem sua existência e garantirem um espaço de liberdade e de diálogo, como demonstram as colaboradoras em suas falas.

Como o dia a dia é duro e como a gente custa a aprender... E a gente não aprende sozinha. Aprende em grupo.(Capuchinha, caderno de notas)

Parece que criei asas. Já me sinto diferente. A gente só em casa parece que vai morrendo, aos poucos. (Tulipa, caderno de notas)

4.10 Espiritualidade e saúde

Dentre as diversas estratégias utilizadas pelas mulheres do Grupo Sol para lidar com as inquietações do cotidiano, tais como desabafar, confiar em Deus, rezar, ter esperança e pensamentos positivos, buscar suporte e apoio social, participar de grupos, ampliar a rede social e buscar o diálogo com os membros da família, observa-se que a espiritualidade é uma das mais procuradas no sentido de superar os problemas de saúde. Verifica-se que as atividades relacionadas com a fé, como grupos de orações, grupos de leitura de “textos

religiosos”, dinâmicas de ajuda, entre outros, contribuem para a manutenção da saúde mental das participantes. No enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano dessas mulheres, a fé e a crença em Deus são apontadas como as estratégias mais utilizadas, considerada, muitas vezes, a única ferramenta de resolução das dificuldades vivenciadas.

As narrativas demonstram claramente que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das participantes do grupo, que a fé é um sentimento arraigado na nossa cultura e um dos modos importantes de enfrentamento das dificuldades da vida. Isso aponta para a importância do profissional de saúde conhecer a espiritualidade dos usuários para melhor planejar o cuidado em saúde. Está também de acordo com o que afirma Vasconcelos (2006) quando enfatiza a espiritualidade como uma dimensão essencial para o cuidar e para a compreensão das formas de se enfrentar os problemas nas práticas cotidianas das comunidades, tornando-se, assim, fundamental entendê-la.

Espiritualidade é definida por Vieira Filho (2005) como “um sentimento pessoal que se apresenta em conexão com o universo cósmico e os acontecimentos biográficos da pessoa, incluindo neles seus sentidos, concepções, representações atribuídas ao ‘espírito’ e ao ‘espiritual’”.

Segundo Boff (2006), a espiritualidade é tudo aquilo que produz uma mudança dentro de nós. Sendo uma das fontes de inspiração do novo, a espiritualidade gera um sentido pleno e a possibilidade de autotranscendência do ser humano. Ela pode impulsionar o ser humano para realizar mudanças interiores, muitas vezes expressas no cuidar do outro, na solidariedade e numa compreensão mais ampla da vida.

Meu entendimento de espiritualidade baseia-se nas idéias de Vasconcelos (2006), que a entende como a arte e o saber que vão além das realidades habitualmente percebidas. A espiritualidade, portanto, vai além das organizações religiosas, constituindo-se o campo onde se constrói o sentido da vida, de maneira simbólica (VASCONCELOS, 2006).

A discussão sobre a fé, em todas as áreas do saber humano, é recente e tem relação com o cuidado em saúde, quando ele é realizado de forma integral, holística, e inclui os aspectos físico, mental, espiritual e cultural (VASCONCELOS, 2006). As práticas espirituais ou religiosas são elementos que estão incorporados às formas populares de enfrentamento dos problemas, sobretudo os de saúde (DAVID, 2001).

Partindo da idéia de integralidade e do entendimento do ser humano na sua complexa totalidade, e considerando as inter-relações dos sistemas, a fé pode ser vista como um

elemento útil no alívio das preocupações e como uma forma importante de minimizar e superar o sofrimento.

Foi possível observar, no Grupo Sol, que mesmo as pessoas de inserções religiosas diferentes superavam as barreiras dos dogmas de cada religião e estabeleciam processos solidários de suporte espiritual para aqueles que estavam sofrendo .

Para Vasconcelos (2006, p.36), a busca da espiritualidade “apesar de ser uma experiência individual, tem importante significado social, uma vez que transforma profundamente a percepção da vida, (re)significando-a e gerando novas condutas”. O autor afirma que a espiritualidade pode ser desenvolvida, tanto pelas religiões como fora da vida religiosa, por meio da arte, de experiência amorosa intensa, no engajamento com as lutas sociais, na contemplação da natureza, nas crises e sofrimentos da vida.

A fé e a busca da espiritualidade parecem oferecer às participantes do grupo a força que necessitam para superarem as adversidades da vida, fazendo parte dos valores e do modo particular com que elas enfrentam o seu dia-a-dia. É possível ver esse fenômeno traduzido nas falas das mulheres que apareciam nas reuniões.

Só consegui me livrar do vício da bebida com as orações pra Jesus. Quando vinha a tentação de voltar ao álcool, fazia sempre essa prece: “Hei de vencer. Deus vai me ajudar!” (Begônia, Caderno de notas)

Para resolver as coisas, temos que conversar primeiro com Deus (Gardênia, Caderno de notas)

O parto para a minha avó era algo religioso, sagrado. Ela dava um banho de ervas antes, para se lavar com manjeriço, alecrim, etc. (Anêmona, Caderno de notas)

Eu preciso rezar para conseguir fazer exercícios físicos todos os dias (Alfazema, Caderno de notas)

A confiança em Deus, o ato de orar e pedir forças ao divino eram recursos buscados pelas participantes do grupo, com o intuito de ajudá-las a enfrentar as dificuldades da vida e de promover um maior equilíbrio emocional e bem-estar. A crença de que Deus conduz soluções está fortemente presente no grupo estudado, corroborando os achados de Bonfatti (2000) de “que as expressões e vivências religiosas estão cada vez mais presentes no cotidiano das pessoas”.

A fé expressa pelas participantes do grupo atua como um instrumento transformador dos sofrimentos, desperta nelas a esperança de mudanças e a possibilidade de fortalecimento para o crescimento pessoal e a reconstrução da vida.

Como afirma Boff (2006), a partir da experiência espiritual, não há só fatos e coisas, mas aparecem também a irradiação das coisas e o sentido que vem dos fatos, o que pode gerar um significado para os acontecimentos. Isso, de acordo com Boff (2006), torna a vida mais leve e transfigura a realidade, a despeito de todas as contradições que nunca deixam de existir, transformando-a em encantamento. É o que parece acontecer também com as participantes do grupo, que se sentem fortalecidas com a manifestação da fé em âmbito do coletivo, nas reuniões do grupo.

Nos encontros do grupo, onde as colaboradoras se denominam predominantemente cristãs, há momentos de intensa espiritualidade, especialmente na etapa de encerramento das reuniões, envolvendo manifestações religiosas diversas, como orações em voz alta, imposição de mãos, de forma respeitosa em relação às crenças e os valores de cada uma das participantes, indicando que as diferenças de religião não impedem que haja o fortalecimento do vínculo espiritual, mesmo num ambiente onde está presente uma miscelânea de crenças. Essas manifestações espirituais emergem, invariavelmente, nesse contexto de diversidade de crenças, onde prevalece o respeito às diferenças religiosas e a manifestação da fé como uma força maior, que as une em um ponto de ligação comum.

Bonfatti (2000) demonstra que a busca pelo espaço religioso, relaciona-se com a questão da “eficácia simbólica”, como pode ser exemplificado em seu estudo sobre os grupos de oração nas igrejas evangélicas, em que fica demonstrado o efeito positivo das orações, que *alcançam* à pessoa doente sem que ela frequente a igreja. Essa característica do espaço religioso foi tema de diversos estudos (CÉSAR, 1992; VALLA, 2001a, 2001b) sobre religiosidade e pobreza, indicando que as classes populares são as que se beneficiam mais diretamente desses espaços de vivência religiosa, considerados também por Bonfatti (2000) como espaços de *suporte social* e de produção de sentidos.

Diversos são os estudos científicos que apontam a relevância da prática religiosa e da fé para a manutenção e melhora das condições de saúde (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO & KOENIG, 2006; KOENIG, MCCULLOUGH & LARSON, 2001). A literatura aponta para a associação positiva da religiosidade com o bem-estar físico e mental do ser humano (GEORGE, ELLISON & LARSON, 2002; MILLER & THORESEN, 2003), assim como para o papel fundamental da religiosidade no tratamento de doenças crônicas e severas, demonstrando que os pacientes são de fato beneficiados pela prática religiosa, em especial nos períodos que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas estressantes oriundas das condições geradas pela patologia (KOENIG, 2003).

Levin (2001, *apud* MUNIZ, 2005, p. 108) afirma que a fé “atua na saúde física e mental das pessoas, trazendo benefícios, ao proporcionar a esperança, otimismo e expectativas positivas” e acrescenta que a fé é um “atalho para o equilíbrio emocional e para o bem-estar em geral”.

Reikdal & Maftum (2006) apontam também que a fé pode funcionar como uma força que contribui no enfrentamento dos problemas e tensões inerentes à vida.

Segundo Saraiva & Ximenes (2004) as práticas de cura pelo toque e pela imposição das mãos humanas como instrumento terapêutico, têm sido usadas desde os primórdios da humanidade. Essa prática é comumente utilizada por “rezadores ou benzedeiros”, que, normalmente, são muito respeitados em sua comunidade, onde exercem funções de cuidadores, parteiras ou líderes comunitários. Tais práticas ainda são pouco utilizadas no sistema formal de saúde, principalmente na atenção básica.

Parker (1995) ao analisar o crescimento dos segmentos pentecostais na América Latina, afirma que a partir da década de 1930, com o crescimento das aglomerações urbanas e da manufatura, a sociedade passou a enfrentar uma crise, ocasionada sobretudo pelo impacto da industrialização dependente, sem um concomitante aumento do emprego industrial. Fato este que tornou o sistema incapaz de absorver a mão-de-obra que migrava do campo, gerou um aumento da terceirização e do setor informal da economia, agravando ainda a situação de deterioração das condições de vida das classes populares. Segundo Parker (1995), essa situação de degradação vem acentuando nessa população o sentimento de frustração, promovendo tensões, rebeldia, violência social e o consumo de drogas. Isso, acrescido da escassez de oportunidades, demonstrada por Novaes (2001), faz com essas classes passem a se valer da conversão como estratégia de enfrentar a exclusão social e a ausência de controle do poder público em áreas predominantemente controladas pelo tráfico de drogas. Valla (2001b) corrobora esta visão, acrescentando que, no vácuo deixado pelos poderes públicos, as classes populares estão indo às igrejas com o objetivo de procurar apoio social.

Cerqueira (2003), ao demonstrar os elementos que compõem o universo pentecostal, afirma que “a emoção que perpassa o culto transforma o indivíduo em alguém que é capaz de orar e produzir algo através disso”. É possível estabelecer uma correlação entre essa afirmativa e a dimensão religiosa existente no Grupo Sol, uma vez que o território da vida abrange também a dimensão religiosa da vida do indivíduo.

Nesse sentido, conclui-se que o território da saúde abrange o espaço da religião, mesmo que ainda não seja amplamente aceito no campo da saúde pública, uma vez que não condiz com a racionalidade biomédica hegemônica.

A coordenadora do Grupo Sol, em sua postura crítica em relação à racionalidade médica hegemônica, que possibilita o diálogo entre a ciência e a religião, inclui em sua concepção de saúde outras racionalidades igualmente válidas e consegue absorver, assim, o discurso religioso, articulando-o no dia a dia da prática desenvolvida, enriquecendo-a, na medida em que não opõe os discursos destes dois campos. Dessa forma, a coordenadora demonstra ter uma visão de complementaridade entre a ciência e a dimensão religiosa e o entendimento de que o ensino de valores, da ética, da cidadania ativa, da economia solidária, da justiça ambiental, do respeito às diferenças, podem ser trabalhados todo o tempo, se inter-relacionando com os diferentes temas abordados, de forma transversal, independentemente da religião. Ao trabalhar com uma dialógica que tenta integrar o saber clínico-científico e o saber do senso comum, que faz sentido para as mulheres e suas famílias, consegue abordar o aspecto espiritual-religioso presente na experiência de sofrimento destas e incluí-lo tanto no diagnóstico – complexo e integrativo - quanto nos processos terapêutico e educativo desenvolvidos no grupo.

Nessa prática complexa do Grupo Sol, vê-se construída, a partir da demanda do usuário e/ou família, uma *rede social de apoio*, articulada ao processo terapêutico, que inclui cuidados religiosos e funciona como sistema de amparo social nas situações de sofrimento. Esse registro encontra-se em concordância com a postura que a OMS tem adotado nestas últimas décadas de ter uma tendência inclusiva em relação aos serviços culturais de saúde. Reforça que é fundamental a ampliação de pesquisas sobre esse tipo de *sistema terapêutico*, sobre a legitimidade dos cuidados religiosos nas práticas de promoção à saúde e sobre a possibilidade de desenvolvimento de práticas de educação e saúde mais disponíveis para o diálogo terapêutico (VIEIRA FILHO, 2003), que incluam de construção uma rede social de apoio, compreendendo também os cuidados religiosos.

Essa perspectiva assumida pela coordenadora propicia a inclusão no debate político laico contemporâneo de categorias que, segundo Vieira Filho (2005), estavam, durante muito tempo, agregadas e restritas ao âmbito do religioso, tais como a solidariedade, o compromisso e o bem comum e aponta para a importância de implementar estas discussões também no âmbito da formação profissional em saúde.

4.11 Limites e possibilidades

Foram identificados limites no desenvolvimento da experiência, que não impediram que a prática fosse considerada inovadora. São descritos nesse item por contemplarem um dos passos da sistematização, sendo, portanto, um elemento importante do objeto de investigação, embora não faça parte dos objetivos nem do desenho inicial desta pesquisa.

4.11.1 No campo da avaliação

No campo da avaliação, uma das precariedades encontrada na prática estudada foi a ausência de um sistema de avaliação. Isso porque não havia uma preocupação por parte da coordenadora em sistematizar suas ações, nem da organização formal dos resultados do trabalho desenvolvido. Isso era decorrente da própria forma que estava estruturado o trabalho, não havendo nenhum tipo de cobrança institucional quanto ao registro das atividades desenvolvidas e aos resultados alcançados. O trabalho com o Grupo Sol, como já mencionado anteriormente, estava vinculado à paróquia da igreja católica local, e, talvez em função de se tratar de uma ação assistencial, tem-se como suposição, que a não dotação orçamentária ou fato dos recursos serem provenientes de doações, excluía a obrigação de uma prestação de contas e, por consequência, a necessidade de uma avaliação. Segundo a coordenadora, a efetividade do trabalho era constatada na concretude da prática, por meio dos registros de frequência das mulheres às reuniões, das conversas e das mudanças de comportamento observadas no convívio com elas.

Outro suposto motivo para a avaliação formal não estar incluída em nenhuma das fases do trabalho é o da escassez de tempo e recursos, já que as horas de trabalho da coordenadora eram todas destinadas às práticas grupais e visitas domiciliares. É importante salientar que, mesmo se houvesse interesse na elaboração de um processo avaliativo da prática do grupo, haveriam obstáculos colocados decorrentes da própria práxis de educação popular em saúde, que traz dimensões difíceis de se mensurar. Há ainda muitas questões invisíveis, difíceis de se considerar e mapear, que não se apresentam ainda bem desenvolvidas dentro do próprio campo de conhecimento da avaliação.

A *sistematização* da experiência com o Grupo Sol aponta ainda para a idéia de que os registros escritos nunca espelham o que foi feito na produção do cuidado, pois este é nuclearmente centrado no trabalho vivo em ato e no seu agir tecnológico, em equipe, ou seja, em coletivo. Na prática com o grupo houve situações em que a conversa no carro entre as coordenadoras do grupo, indo e vindo para a comunidade, e ainda nas caminhadas pela

comunidade, era um rico espaço de produção do cuidado. Na *sistematização* reconheço esses momentos como parte do trabalho construtor da equipe e da sua forma de cuidar. O carro, em alguns casos, é reconhecido como lugar de encontro e produção, por propiciar a reflexão e a análise das situações que se acabou de vivenciar ou ainda possibilitar uma preparação da equipe imediatamente antes de se iniciar o trabalho. Essa constatação traz conseqüências importantes para se pensar sobre as propostas de construção de modos de cuidar nas redes de estabelecimentos de saúde. Trata-se de uma outra memória operando que não é a escrita: é a produção da memória oral no coletivo que está implicada com o cuidado realizado, na equipe e para além da equipe.

4.11.2 Relação comunidade-Estado

Buscando identificar as modificações ocorridas nas relações comunidade-estado, a partir da experiência das mulheres com o Grupo Sol, procurei perceber o modo como as decisões eram tomadas pelos moradores, conhecer os mecanismos concretos e instâncias de participação existentes - tais como conselhos e fóruns. O que observei foi que havia pouca participação popular e o grupo não foi capaz de transformar isso.

Na comunidade de Vila Canoas, considero a não participação da população nos conselhos de saúde e em outras instâncias participativas como um das principais limitações da prática do grupo, no âmbito do controle social. Primeiramente, porque havia uma expectativa de minha parte e por parte da coordenadora, de que as mulheres que freqüentavam as reuniões do grupo, por terem vidas mais ativas e participativas, tendo desenvolvido habilidades e recursos para ganhar poder sobre suas vidas, no sentido do empoderamento, estivessem mais habilitadas a assumirem seus papéis políticos, de cidadãs no contexto do controle social, uma vez que isto faz parte da vida comunitária. Em segundo lugar, porque é conhecido que na implementação de políticas de promoção de saúde os princípios de empoderamento e participação não se descolam (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003), uma vez que o acesso à informação e a ampliação do conhecimento em saúde da população caminham junto com o aumento da capacidade de controle e das perspectivas de mudança na sociedade (WHO, 1984).

Nas reuniões do Grupo Sol foram feitas várias tentativas de se refletir sobre esse assunto e as participantes mostraram interesse em participar mais ativamente dessas instâncias participativas. Porém, isto não se concretizou, não havendo participação nem nos Conselhos

Municipais e Estaduais de Saúde, nem nos outros espaços da comunidade, como, por exemplo, reuniões de associações de moradores.

Verifica-se, também, ainda hoje, que, na comunidade de Vila Canoas, essa questão não teve maiores desdobramentos, podendo ser mais profundamente problematizada. Houve uma tentativa do PSF local de criar um conselho gestor da Unidade de Saúde, mas esta não foi bem sucedida, por falta de interesse dos moradores em participar e também por uma certa incapacidade dos profissionais da ESF em conduzir este processo. Constata-se, contudo, que a prática do Grupo Sol é um espaço de vocalização individual dos problemas de saúde. Observa-se, também, que, ao mesmo tempo que as mulheres não comparecem a esse tipo de atividade, de cunho político, elas estão presentes, de forma significativa, nos cultos evangélicos locais e em outras atividades religiosas promovidas na comunidade. Isso pode indicar que elas não reconhecem os Conselhos e associações de moradores como espaços de acolhida de suas necessidades. O que coincide com a observação feita no estudo de David (2001), que demonstra, de forma semelhante, que os moradores da comunidade estudada pela autora vão maciçamente aos cultos evangélicos locais.

A impressão que temos é de que a população não reconhece como espaço de acolhida de suas necessidades nem o Conselho ou as Conferências, nem o serviço, nem mesmo o espaço da relação individual entre profissional e cliente. No entanto, o mesmo profissional, desalentado diante deste quadro, pode ficar surpreso ao constatar que alguns dos seus clientes mantêm uma relação de participação intensa e sistemática em outros espaços comunitários, sobretudo os de cunho religioso, onde também são abordadas questões relacionadas à saúde destas pessoas. (DAVID, 2001, p.2)

Apesar desse ponto nos chamar a atenção e ser considerado um dos insucessos da prática desenvolvida no Grupo Sol, não está previsto no desenho deste trabalho pesquisar, em profundidade, as causas deste fato.

4.11.3 Continuidade do grupo

Com relação à continuidade do grupo, é possível afirmar que um dos motivos que levaram a sua desestruturação foi a não institucionalização e a conseqüente escassez de recursos para o financiamento, a longo prazo, da prática desenvolvida por sua coordenadora. Mesmo assim, o grupo permaneceu ativo durante dez anos consecutivos. Por um lado, o não reconhecimento formal do trabalho gerou, tanto nas mulheres envolvidas com o trabalho, quanto na coordenadora, uma sensação de insegurança, já que não havia nenhuma garantia de estabilidade, de ganhos salariais, nem da continuidade do grupo. Nesse sentido, observou-se entre as mulheres, participantes ativas do grupo, desde o início da proposta até o seu término,

um enorme “desencanto” com a desestruturação desta experiência. Por outro lado, a informalidade atribuída ao trabalho e a falta de controle institucional, permitiu durante o processo, uma ação mais livre e autônoma da coordenadora junto à comunidade.

Em relação ao término do grupo, o que faltava era ela. Ela que levava o grupo pra frente. Desde o momento que ela saiu, foi desmontando tudo. O padre ajudava com uma ajuda em dinheiro. Depois deixou, falou que não ia mais ajudar. Outra pessoa também parou. Aí não tinha como continuar.(Agave)

Sobre esse tema reuni as falas mais significativas das colaboradoras, nelas incluindo as da coordenadora, Gema, que, por si só, já representam uma análise crítico-reflexiva desta fase da experiência:

Sobre o Grupo de mulheres [...]tinha tudo ali. Tudo, tudo. A cartela, os assentos da gente... tudo certo. O fichário pra anotar as coisas, o bazar, a escada pra a gente ver nossa plantação lá em cima. Ela [a coordenadora] enfiou os alfinetes na colcha de retalhos que fizemos. Tudo ali. A gente ia se pesar ali naquela outra salinha. Tudo ali, certinho. Tinha uma cama, um maca, uma coisa... sei lá. Tudo direitinho, tudo no seu devido lugar, tudo limpinho. E depois que acabou, a gente ficou andando pra lá e pra cá. Eu não me encontrei mais. A gente perdeu. A nossa identidade perdemos, porque o grupo ficou mudando de casa. Como é que a gente ia ficar mudando?(Althaea)

Esqueci de contar que a gente ficou sem casa, não é? O Padre Antúrio, depois de 2003, ele me demitiu. Falou que não tinha mais como arcar com o meu salário. Acho que ele já estava preparando a saída dele da igreja de São Conrado. E aí nós duas continuamos trabalhando, voluntariamente. E, então, depois de algum tempo apareceu uma pessoa da vizinhança da comunidade, que resolveu apoiar o nosso trabalho com recursos próprios. E a gente, assim, passou a ter uma remuneração bem menor, mas que pelo menos pagava o custo de ir a Vila Canoas. E dessa forma continuamos o grupo, numa casinha alugada, que era um cubículo sem ar... Era muito fechado, muito insalubre. E a gente ficou uns seis meses ali. E as reuniões eram muito boas. Eram reuniões que tinham, mesmo assim, ainda umas quinze pessoas frequentando assiduamente. E a gente pagava o aluguel da casa com a doação que recebíamos desse morador de um dos condomínios de luxo do bairro. E aí, um dia, ele foi lá e ficou muito chocado com o lugar que a gente estava se reunindo. Resolvemos, então, conseguir um outro local, que foi a sala da Associação de Moradores. Ficamos lá mais um ano ou dois, e depois ficamos por um tempo na casa da Dona Agave. Enfim, foi nessa época que perdemos a casa, a horta, e tudo isso. Hoje em dia, fazendo uma reflexão sobre isso, eu acho que foi um ciclo. O grupo, de alguma maneira, cumpriu um ciclo com aquelas mulheres e elas fizeram grandes transformações na vida delas e eu e você nas nossas também, não é? Porque acho que... nossa! [choro] Aquele grupo de mulheres foi para mim um esteio na minha vida.(Gema)

Eu penso muito sobre o término do grupo... que talvez eu não tenha sido competente pra terminar e realmente conseguir o meu intento. Talvez eu tenha sido incompetente pra isso, pra firmar esse modelo de auto-gestão. E eu aceito isso com naturalidade. Eu não me sinto responsável pela continuidade do grupo. Eu acho que eu fiz o que cabia a mim, naquele momento. Foi muito difícil me desvincular de Vila Canoas. Tanto que eu levei anos desmamando. Cada vez eu ia lá um pouquinho menos... um pouquinho menos... Como eu acho que é um desmame de peito... Tive que arrumar a mãe substituta e transferir a responsabilidade. Até abrir mão de qualquer responsabilidade de decisão. Aí quando eu ia lá,

ia como visita, absolutamente sem responsabilidade nenhuma. Só pelo desejo de rever as pessoas e pelo que tinha ficado pra mim. E eu acho que eu me dei esse direito, totalmente. Mas de qualquer maneira, eu penso que essas pessoas tiveram ali uma vivência que certamente marcou a experiência de vida delas. E se elas quiserem e tiverem gostado dessa experiência, elas irão, com certeza, buscar isso outra vez. Eu acredito que não dá para a gente dizer categoricamente que esse Grupo de Mulheres acabou. Se essa experiência foi importante, ela ainda não acabou. Eu às vezes fico pensando sobre isso... Será que ele acabou mesmo? Ele pode não existir mais naquele formato que a gente tinha lá. Mas se essa experiência do grupo de mulheres, estiver viva na vida de cada uma dessas mulheres que participou, ele não acabou. Porque elas vão estar reproduzindo nas suas vidas essa experiência. É só olhar para o que aconteceu com os filhos das mulheres que participaram do grupo... (Gema)

Às vezes dá aquela pena, aquela tristeza... Mas como pode acabar? As pessoas falam: - "Mas não pode acabar uma coisa dessa, tão importante, como as Amigas do Peito..." Aí eu penso assim: "Pode. Claro que pode acabar. Tantas outras coisas importantes da humanidade acabaram. Mas acabaram? Será que não se transformaram em outra coisa?" Quando a gente olha agora, que muitas de nós, fundadoras da Amigas do Peito, estamos tendo a experiência de sermos avós... E todos os nossos netos, sem exceção, estão sendo amamentados sem nenhuma dificuldade... Será que de alguma maneira a gente já não transformou o trabalho? E isso que a gente se propunha a fazer já estava feito? E a gente já deixou isso aí pra humanidade? E então, já podemos ir embora fazer outra coisa. (Gema)

4. 11.4 Novas possibilidades - o diálogo com experiências similares

De acordo com Ceccim (2007), "toda a pretensão de se conduzir mudanças verdadeiras na forma de fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde" inicia-se pela "capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muito prescritivos de se fazer a gestão" (CECCIM, 2007).

Assim como essa, existem outras experiências que promovem as rupturas necessárias à lógica biomédica hegemônica. Como exemplo, cito a Terapia Comunitária (TC), prática de ação psicossocial, criada pelo psiquiatra Adalberto Barreto, em 1987, na Comunidade de Quatro Varas, na favela do Pirambu, em Fortaleza, no Ceará. Como uma tentativa de cuidar de pessoas que não tinham acesso aos serviços de psicologia e psiquiatria, ao deparar-se com o abismo existente entre a demanda social brasileira e a capacidade de atendimento oferecido pelo Sistema Público de Saúde, a Terapia Comunitária nasce de uma interconexão entre o acolhimento de pessoas em situação de risco ou em sofrimento psíquico e uma prática de ação comunitária de construção de redes solidárias. O trabalho da Terapia Comunitária não passa pela intervenção clínica, mas sim pela constituição de um espaço coletivo para o "cuidar" do sofrimento humano. O foco está na diminuição do sofrimento e na promoção da saúde mental. A TC configura-se, assim, não só como uma prática de intervenção, mas como um espaço social que se abre na perspectiva de um de seus pilares de sustentação: transformar carências

em competências, através do reconhecimento das próprias estratégias sociais e das respostas que as comunidades dão, a todo instante, aos desafios e enfrentamentos diante dos quais estão colocadas. Desta forma temos, através da construção de redes solidárias que esta prática possibilita, um processo de resgate e legitimação dos indivíduos nas suas subjetividades, na sua pertença ao grupo, na ressignificação do lugar de origem (distinta daquela estereotipada pelos outros setores da sociedade, e a todo o momento reforçada pela mídia), e na consciência e (re)construção de sua identidade. Suas “raízes” teóricas são: a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria Geral dos Sistemas, o conceito de Resiliência e a Teoria da Comunicação.

A TC vem demonstrando, ao longo de vinte anos, ser um instrumento valioso de intervenção psicossocial na saúde pública. Permite direcionar melhor as demandas, minimizando a busca pelos níveis de atendimento secundário, uma vez muitas das necessidades dos usuários são resolvidas nesse primeiro nível de atenção.

Quando conheci o trabalho da Terapia Comunitária, observei que havia inúmeras semelhanças entre o método criado por Barreto e a prática que eu estava a sistematizar. Na experiência com o Grupo Sol eram colocados em prática alguns pressupostos e princípios, preconizados por Barreto (1995) que também pude identificar no método da TC, como por exemplo:

- “Escutar o outro pressupõe escutar-se”.
- “Se eu não suporto me escutar, eu não consigo escutar o outro”.
- “Preciso escutar a minha história, meu corpo, me acolher, para poder escutar e acolher o outro”.
- “Ouvir as diferenças”.
- “Respeitar as diferenças”.
- “Não julgar, nem culpabilizar o outro”.
- “Investir nos laços sociais”.
- “Buscar que o participante entenda a si próprio”.
- “Adotar um ‘olhar sistêmico’ e a compreensão de que um comportamento gera outro”.
- “Não considerar ninguém que mora na favela como vítima”.
- “Dar importância e incentivar os participantes a refletirem, pensarem e tomarem consciência de seus aprisionamentos”.
- “Saber trabalhar com a pluralidade, sem ter preconceito de raça, de religião, etc”.

- “Não objetivar fazer sínteses de consenso, uma vez que toda síntese gera luta de poder e tem um potencial destrutivo. Na ‘finalização’ [passo do método], é preciso que perdure a contradição e as especificidades individuais”.
- “Não se colocar numa posição de tutor do povo. A postura de “salvador da pátria” valoriza a carência e gera dependência”.
- “Valorizar o acolhimento”.
- “Reconhecer que há outras fontes de conhecimento, além do conhecimento científico. Ter a humanidade para aprender dessas outras fontes”.
- “Ser um com os outros e não um para os outros” (Freire, 1983) e “reconhecer que o mais importante no grupo é o ‘estar junto’ e o apoiar uns aos outros”.

A abordagem sistêmica é outro ponto comum entre a prática do Grupo Sol e a Terapia Comunitária, que traz uma forma de trabalhar de inovador, com base no enfoque na unidade de tratamento grupo familiar ou comunitário, e não nos processos intrapsíquicos ou nos comportamentos individuais. No contexto das relações, essa perspectiva favorece a compreensão dos problemas individuais, uma vez que assume-se que o comportamento do indivíduo repercute no grupo familiar e comunitário, assim como o grupo influi no indivíduo. Dessa forma, a trajetória de cada um, que legitima a identidade individual e o direito de existir como pessoa, se reafirma, com base nas relações sociais, que se caracterizam por serem processos “em aberto”, escritos pelas histórias de vida passadas e presentes, passíveis de sofrer modulações nos diferentes contextos (SLUZKI, 1997). A abordagem sistêmica cria um contexto favorável, possibilitando o surgimento de novas idéias sobre a natureza e a solução de problemas, a valorização e a integração dos contextos social e cultural na compreensão e resolução dos problemas familiares e comunitários.

A aplicação dos princípios da circularidade, causalidade circular e retroalimentação permite que os participantes dos grupos compreendam que o comportamento de um indivíduo não necessita ser considerado como causa do comportamento de outro, mas o comportamento de cada indivíduo influencia o de outros, assim como o comportamento de um indivíduo é influenciado pelo demais integrantes do grupo. A aplicação deste conceito contribui para o entendimento da noção de co-responsabilidade, trazendo a compreensão de que tudo e todos se relacionam. Isso estimula o estabelecimento de um compromisso com a mudança do conjunto dos elementos, pela transformação do todo sistêmico. Faz com que as pessoas, ao vivenciarem determinadas situações de conflito e sofrimento, sejam estimuladas a refletir sobre o seu papel, podendo sair mais facilmente do papel de vítimas, tornando-se co-

responsáveis pelos caminhos trilhados e pela história de suas vidas. Com base nessa compreensão, os conflitos não são concebidos como estáticos e não precisam ser abordados de forma negativa, sendo possível dar ênfase ao seu caráter evolutivo, seu potencial transformador e de crescimento pessoal. Considerar as famílias como sistemas em evolução e com capacidade para transformação, tendo por referencial a construção conjunta de novos caminhos, ampliando, assim, as possibilidades de resolução de crises, conflito e doenças, implica numa mudança radical na prática profissional.

Sendo assim, tanto a prática do Grupo Sol como a TC podem ser consideradas espaços de acolhimento, de escuta e de cuidado. O papel do terapeuta comunitário é também similar ao papel exercido pela coordenadora do Grupo Sol e diferente do assumido por psicólogos e médicos, nos encontros clássicos de terapia de grupo. Na TC, assim como na prática do Grupo Sol, o especialista não oferece aos participantes “interpretações”, dotadas de significado e inferências sobre a vida do outro, que, na tentativa de nomear e elaborar um processo emocional, muitas vezes retira do sujeito a possibilidade de autoria sobre o significado de suas vivências, escolhas e sofrimentos. Em ambas as práticas, cada indivíduo é convidado a falar de si e é estimulado a ouvir a partilha das diferentes histórias narradas pelos demais participantes. Outro ponto comum entre essas práticas é a relação horizontal que é inaugurada, entre o profissional e a comunidade. O profissional de saúde e o terapeuta, em ambas as práticas, movimentam-se no sentido do encontro e das falas, a partir de sua vivência, de sua história, com a autoridade de sua própria condição humana. Nota-se ainda outro ponto comum, que é a abertura para a expressão da religiosidade popular, valorizada em suas matrizes, e incluída respeitosamente através da experiência democrática do exercício coletivo de respeito à alteridade. Ambas as práticas não se dedicam a desenvolver práticas religiosas nem a fazer discursos religiosos, nem tampouco discursos de quaisquer outras naturezas. Entretanto, são acolhidas e respeitadas as práticas religiosas e os representantes das comunidades que porventura se manifestem no espaço grupal. Temos, portanto, presentes na prática da TC e na prática estudada, quatro dimensões humanas, valorizadas, respeitadas e integradas: o corpo, a fala, a dimensão sócio-cultural e a dimensão religiosa. Estas características as tornam práticas múltiplas, flexíveis e democráticas em sua estrutura de atuação, com grande potencial para a ação social e para o cuidado, capazes de criar encontros entre o indivíduo e o coletivo, e do humano com o humano. Trazem, ainda, inovações para o campo da Educação e Saúde, uma vez que funcionam como instrumento capaz de desencadear e fortalecer uma postura mais autônoma e politicamente mais efetiva por parte

desses grupos populacionais mais penalizados do ponto de vista econômico e social. Esta visão contribui para a ruptura com a perspectiva predominante nas práticas educativas tradicionais, presentes na história sanitária brasileira, em que as classes populares eram vistas sob uma ótica paternalista e desenvolvimentista (DAVID, 2001).

Encontra-se semelhança da prática estudada também com a prática de *aconselhamento coletivo*. O *aconselhamento coletivo* assume, nos serviços, outros nomes como: *sala de espera* ou *palestra*, sendo conduzido em alguns serviços exclusivamente por uma categoria específica e, em outros, por representantes das várias categorias profissionais (FILGUEIRAS & DESLANDES, 1999). O que o *aconselhamento coletivo* tem de semelhança com a prática do Grupo Sol é a postura de relacionar-se com o outro, considerando-o como um sujeito ativo do processo de promoção à saúde. A atitude de escuta por parte da coordenadora do grupo propicia o desenvolvimento de uma dinâmica em que a orientação é traçada dentro de um campo de parceria e troca com o paciente. Como no *aconselhamento coletivo*, as falas, percepções e possibilidades dos usuários são tomadas como a matéria-prima para a elaboração de planos de ação e do trabalho educativo, visando inclusive a redução de riscos.

O que se pode aprender com a abordagem utilizada no *aconselhamento coletivo* é a preocupação efetiva com a garantia de apoio e supervisão aos profissionais na rotina institucional, com base no reconhecimento de que esses profissionais estão expostos a uma grande carga de estresse, por terem que lidar, no seu dia-a-dia, com situações difíceis (crises conjugais, dependência de drogas, entre outros). Isso não exclui a necessidade de os profissionais investirem também num processo de auto-conhecimento, com o objetivo de alcançar uma maior clareza e compreensão de seus próprios limites e possibilidades, o que era freqüentemente trabalhado em treinamentos, supervisões, reuniões de equipe, sem que se dispensasse a necessidade de um exercício pessoal e cotidiano.

No caso do Grupo Sol, essa busca pelo auto-conhecimento e pela compreensão de seus próprios limites e possibilidades era uma atitude constante por parte de sua coordenadora. Uma suposição é que isso favorecia o desenvolvimento de uma prática profissional livre de preconceitos, o que afetava de forma marcante a qualidade da relação construída entre a coordenadora e as mulheres, como demonstra a fala de Athaea.

Ela é muito diferente. É muito atenciosa. Ela tem um cuidado com cada um. Com cada uma da gente ela tratava bem. Ela não tinha essa besteira porque uma tava de chinelo, com o pé inchado, não. Era tudo igual. Ela é muito diferente. Os outros doutores falam assim: “_ O que que você sente?” Ora, se a gente soubesse o que a gente tinha, a gente não ia procurar eles.[...]

[...] *Ela é muito diferente dos outros profissionais de saúde que encontro por aí. O carinho, a atenção, o jeito dela ser, o jeito de ela ser amável com as pessoas. A Gema é muito amável com a gente. Ela não tem nenhuma besteira com ela. Ela pega, ela tem aquele carinho, uma coisa muito especial que ela tem. Ela não fica distante, ela chega junto. Isso eu apreciava nela. Preto, branco, amarelo, cor-de-rosa, todo mundo ela beijava. Ela ainda falava assim: - “Quando a gente encontra, a gente se encosta. Encosta assim o peito com peito pra se aconchegar, sentir aquele aconchego”. Eu ficava assim meio de longe. E ela falava: - “ Não, encosta em mim. Sente”.*

[...] *Mas, esses outros aí... não querem encostar na gente, achando que essa cor pega, que a pobreza pega. Tem medo da cor, tem medo da pobreza. Acha que isso aqui pega. Não pega. [...] Mas que eu sinto aqui, sinto. A pessoa que não se distancia, a gente sente até no olhar, no falar. A Gema [...] não tinha isso não. Qualquer lugar, de qualquer jeito ela falava, vinha, beijava, abraçava a gente. (Athaea)*

Essas e outras experiências educativas, isoladas e restritas a espaços não institucionais, acadêmicos e religiosos, em sua maioria, como processos de transformação social dos grupos subalternos, sob uma ótica inovadora, como já foi apontado, com base em propostas educativas transformadoras, podem contribuir para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, no sentido da consolidação dos seus pressupostos conceituais e metodológicos.

A experiência do Grupo Sol demonstra ser possível produzir relações mais horizontais entre profissionais de saúde e usuários e efetivar, nesses espaços de troca, outros sentidos para as ações em saúde pública, ampliando as propostas do SUS.

A prática do Grupo Sol constitui-se numa invenção singular que pode contribuir com o SUS, no sentido de fortalecer a luta pelo direito à saúde e à participação do povo no cuidado. Sua proposta educacional, por desconstruir a “pedagogia das certezas” e dos saberes “prefixados”, permite a formação de espíritos crítico-reflexivos, viabiliza a criatividade, com poesia, política e esperança. É uma prática de educação e saúde dinâmica, constantemente, “aberta” a adoção de novos métodos, que refuta a pura reprodução e reafirmação de dogmas. Por esta razão, parece oferecer novas possibilidades para os principais desafios concretos da saúde pública no contexto da pós-modernidade, por permitir ampliar, contestar e aprofundar o conhecimento, numa busca de compreensão da complexidade dos fenômenos que envolvem a saúde humana. Essa prática, portanto, pode colaborar na construção de novas configurações epistêmicas, pelas quais se superem os enormes abismos de desconhecimentos proporcionados pela fragmentação do saber em diferentes disciplinas.

Entender e discutir a experiência do Grupo Sol pode oferecer “ar fresco” para uma atualização das práticas de educação e saúde, uma vez que essa prática questiona as próprias fronteiras da educação e saúde e da medicina na atualidade. No momento histórico que vivemos, em que as relações culturais, econômicas e sociais tornaram-se muito complexas,

com ritmos alucinantes de transformações, nos remete à necessidade de reconhecer a urgência da pesquisa de novos métodos educativos em saúde, capazes de levar em conta os avanços da ciência e de dar conta da reconfiguração dos projetos da racionalidade moderna, uma vez que o paradigma técnico-cientificista se mostra insuficiente para lidar com as questões de saúde que se colocam.

Outro aspecto que torna relevante o papel e a postura assumidos pela coordenadora do grupo e analisados neste estudo é a necessidade colocada pelo Ministério da Saúde, ao criar a figura do Agente Comunitário de Saúde, designando-lhe o papel de elo entre a equipe de saúde e a comunidade. A coordenadora do grupo potencializa o trabalho educativo ao exercer esse papel de mediação, de elo cultural, criando uma ponte entre os dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

Talvez a sabedoria real esteja em não buscar respostas. Qualquer resposta que encontremos não será verdadeira por muito tempo. O segredo de viver bem não é ter todas as respostas, mas perseguir, em boa companhia, as questões que não podem ser respondidas.

Rachel Remen

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES: APONTANDO NOVOS CAMINHOS

A criação do SUS, constituído no embricamento de conhecimentos científicos e práticas sociais e políticas, como já foi dito anteriormente, representa um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem o paradigma clínico-flexneriano (MENDES, 1993). Contudo, o modelo flexneriano, mesmo que perturbado em sua hegemonia, ainda orienta as práticas de saúde hoje prevalentes e dominantes, sem respostas à complexidade do processo saúde-doença, revelando e causando problemas conceituais e estruturais de difícil solução.

Apesar da observância de um grande avanço da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, ao longo dos últimos anos, e do esforço que a vigilância sanitária tem realizado no sentido de capacitar seus profissionais e descentralizar suas ações, ainda se faz necessária a ampliação da cobertura da Saúde da Família e da estrutura de vigilância, assim como dos processos de capacitação para os profissionais de saúde, que apesar de merecerem grande atenção e investimento por parte do Ministério da Saúde, ainda são incipientes em algumas regiões do país e insuficientes para as necessidades apresentadas (O'DWYER, TAVARES & DE SETA, 2007). Torna-se imprescindível também a articulação entre gestão e cuidado, com

a valorização dos trabalhadores da saúde e o estímulo ao trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, voltado para o atendimento às necessidades dos usuários.

O modelo SUS, no qual o PSF constitui uma das dimensões operacionais, situa-se, assim, em um contexto de conflito entre diferentes posições paradigmáticas. O seu processo de implantação tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS.

Por um lado, pode ser considerado transformador, revolucionário, porque busca trazer respostas às questões não solucionadas pelo modelo biomédico, e reorientar as pesquisas sobre os problemas de saúde da população brasileira. Por outro, coloca-se em um campo científico e em um âmbito de práticas nos quais operam distintas disciplinas que tentam dar-lhe corpo, e também onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes, dentro e fora de espaços convencionalmente reconhecidos como setor saúde. Como afirma Araújo & Cardoso (2007), “a concepção do SUS, que prevê uma redistribuição de poder de gestão da coisa pública, ou seja, controle da sociedade sobre as políticas públicas, contraria interesses antigos e fortes de nossa sociedade [...]”(ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 130), interesses esses que necessitam ser preservados. Nesse sentido é que o SUS, ao mesmo tempo em que é uma possibilidade de construção do novo, é também uma ramificação do “capitalismo mundial integrado”²⁵, vinculado a redes e forças de poder social e econômico mercantis, que se beneficiam com a manutenção de um “sistema que reproduz a desigualdade social, que passa pela desigualdade de acesso à saúde, que inclui a desigualdade de acesso à informação, do direito à expressão e à participação política” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 130). Essa vertente pode ser o que justifica a dificuldade de ressignificar e de reconstruir, “por dentro”, práticas típicas da biomedicina, e cria obstáculos à adoção de práticas como, por exemplo, a que aqui se apresenta como objeto de estudo e mais a Terapia Comunitária, no cardápio de ações da atenção básica.

²⁵ “Capitalismo mundial integrado” é o nome que Guattari propôs para designar o capitalismo contemporâneo como alternativa à ‘globalização’. Para o autor, “o capitalismo é mundial e integrado porque potencialmente colonizou o conjunto do planeta [...] e porque tende a fazer com que nenhuma atividade humana fique de fora de seu controle” (GUATTARI, F. O capitalismo mundial integrado e a revolução molecular. In: ROLNIK, S. (org.) *Revolução molecular. Pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981).

Nesse caminho para reorientar esse nível de atenção, essas práticas respondem a muitos dos problemas identificados e não respondidos pelo paradigma dominante. Denunciam as falhas do modelo flexneriano e propõem novos modos de conceber os problemas e buscar soluções, sem invalidar o conhecimento da biologia e as atuais teorias sobre os fenômenos biológicos. Fica subentendido, entretanto, que não é possível questionar as relações de poder/saber estabelecidas neste modelo sem refletir sobre os pressupostos fundamentais desta racionalidade médica e, conseqüentemente, sem levar em conta as rupturas ou propostas de transformação dessas relações sociais.

Atender as necessidades de saúde da população requer, portanto, um salto qualitativo nas condições de vida. Isso depende da interlocução de um conjunto de fatores, dentre os quais a educação e saúde, associada à integralidade, tem merecido destaque, por permitir a articulação das equipes profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um estado nacional e em um mundo pretensamente globalizado.

Os resultados da sistematização da prática estudada podem oferecer, nesse sentido, contribuições para o desenvolvimento de novos fundamentos para esse campo de investigação em reconstrução e ainda para o da gestão dos serviços de saúde, por incluir a participação da sociedade organizada, principalmente no que diz respeito às decisões sobre sua saúde.

Se a mudança do modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, requer fundamentalmente interferir nos micro-processos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho, e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde (FRANCO & MERHY, 1999), a prática do Grupo Sol se coloca como crítica e alternativa para a criação de novas concepções, abordagens e estratégias. Ela estimula as reflexões em torno dos desafios que vêm sendo colocados pela educação, tendo em vista a necessidade de uma reforma paradigmática que exercite a inteligência da complexidade, utilizando os princípios do pensamento não linear complexo. Ao percorrer o território da ética, oferece a possibilidade de repensá-lo, na busca efetiva das transformações requeridas para a educação e saúde do futuro.

Se a ruptura é uma das possibilidades de solução da crise, a partir da emergência de um novo paradigma, os resultados apresentados neste estudo podem contribuir para encaminhar e legitimar as soluções para os problemas encontrados no SUS, uma vez que

apontam para um estilo de gestão democrática, para um tipo de relação profissional-usuário não verticalizada, para o trabalho coletivo, para a interação e para o diálogo, mesclando apoio e aprendizagem, unindo o cuidar e o pensar. A possibilidade de transformar os usuários em co-autores dos resultados, ao invés de receptores passivos dos cuidados em saúde, por meio de uma prática que é ao mesmo tempo terapêutica e pedagógica, encurta a distância entre profissionais e pacientes em uma aproximação que possibilita diminuir o fosso entre os serviços de saúde e a população assistida.

Constata-se que a educação popular, ao ser adotada como uma ferramenta da educação e saúde, contribui para inclusão de novos atores e para a abertura de canais de participação comunitária. Potencializa ainda uma maior conscientização do povo sobre suas condições de vida, reforçando a organização popular e as lutas sociais pela saúde. Contribui também para que equipes de saúde incorporem novas práticas. Sua concepção teórica, que valoriza o saber do outro e compreende o conhecimento como um processo de construção coletiva, leva a um maior entendimento das ações de saúde como ações educativas (ALBUQUERQUE, 2004).

Nesse sentido, considero a experiência estudada como a concretização de um novo paradigma em saúde. Por isso, sua sistematização contribui para construir argumentos objetivos e para sua multiplicação, no sentido de que esse paradigma possa triunfar, mesmo que a resolução dos problemas seja inicialmente limitada, e grande parte das soluções esteja ainda distante da perfeição.

É necessário salientar, que uma resolução mais ampla, compreendida aqui no contexto do SUS, não pode ficar limitada à esfera do PSF, mas deve englobar todo o sistema de saúde e implicar a efetivação de ações intersetoriais oriundas da articulação das diversas políticas públicas. Implica, como afirmou Czeresnia (1999, *apud* PAIM, 2002, p.377) em “mudanças abrangentes na maneira pela qual o conhecimento científico se relaciona com, e é usado para a formulação e organização das práticas sanitárias”. Significa dizer também que a mudança é uma mudança epistemológica, que rompe com a cisão entre teoria e prática, entre o fazer e o pensar.

No atual cenário da saúde pública, em que a demanda por práticas educativas cresce muito, com a valorização do discurso da promoção da saúde e a expansão do Programa Saúde da Família, nota-se que o discurso da educação popular está sendo facilmente adotado em muitos serviços, justamente pela promessa que traz embutida de ruptura epistemológica e por possibilitar a construção de novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si.

Contudo, ao analisar suas práticas, observa-se que a hegemonia de elementos do discurso da educação popular é, muitas vezes, apenas uma roupagem para esconder práticas de educação em saúde extremamente autoritárias (VASCONCELOS, 1998).

Por outro lado, é possível considerar que há, neste momento, uma abertura ao discurso da educação popular no campo da saúde, que pode ser aproveitada para a implementação de iniciativas que consolidem esta maneira de fazer saúde e conduzir as trocas culturais.

A prática do Grupo Sol - um espaço de pertencimento, de apoio emocional e de construção do empoderamento - norteadas, basicamente, por uma concepção de educação transformadora, em que o homem é concebido como um ser de relações de ambivalência, simbolismos e diferenças, em constante interação, integralmente incluído em tudo aquilo que participa com poder de transformar a realidade, mostra que é possível estabelecer relações interpessoais pautadas na reciprocidade, na possibilidade de aprendizado mútuo e de parceria entre profissionais e usuários, e constituir-se em uma via, um instrumento e um recurso a serem incorporados e utilizados no cuidado e na promoção da saúde.

Com base na minha vivência com o grupo posso afirmar, também, que essa experiência foi responsável por grande parcela de minha formação como profissional de saúde, ampliando minha visão de saúde. Contribuiu também de forma ativa para o meu aprimoramento como educadora em saúde, provocando ainda reflexos na minha vida pessoal. O trabalho com o grupo me ajudou a reconhecer e a apreciar a riqueza da diversidade humana, a melhor compreender o homem como um ser integral, a ter uma maior compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes, a ampliar a capacidade de interagir com outros profissionais e de trabalhar em equipe. Como no grupo aprende-se e ensina-se a trabalhar em equipe, a viver e conviver com o outro, a estabelecer parcerias, a lidar com situações de imprevisibilidade, a problematizar, indagar, ser crítico, observar, escutar, interagir respeitando o saber do outro, dialogar admitindo que os outros pensem de modo diferente, a emitir opiniões, explicitar conflitos, buscar consenso, a simplificar e facilitar as informações, penso que práticas como a do Grupo Sol e a da Terapia Comunitária possam ser também uma possibilidade no campo da formação profissional, dentro do contexto do novo movimento de mudança que atravessa também a universidade. Práticas como estas, se incorporadas nos currículos da área da saúde, podem representar uma aproximação do ensino às propostas das Diretrizes Curriculares para a área da saúde (BRASIL, 2001b), e beneficiar alunos e professores no sentido de trazer um enfoque educacional de natureza transdisciplinar, uma vez que incorporam a complexidade bio-psico-social presente nos processos que envolvem o

conhecimento e a aprendizagem. Por propiciar uma reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços, podem ir muito além do que o simples treinar os estudantes, oferecendo também a possibilidade de se estabelecer mudanças comportamentais e culturais em torno da visão do processo saúde-doença, ao enfocarem a complexidade do humano. Podem, portanto, contribuir fortemente para a implementação das desejadas mudanças no processo de formação profissional na área da saúde.

As discussões teóricas provocadas pela sistematização da experiência com o Grupo Sol podem contribuir, ainda, para o estudo das questões epistemológicas que afetam a educação e a saúde, assim como para a desconstrução do instrucionismo ainda tão presente nas instituições de ensino. A visão autopoietica da vida (MATURANA & VARELA, 1995) - que se harmoniza com a Teoria Geral dos Sistemas, já estudada anteriormente - e de trabalho educativo em saúde presentes na prática do Grupo Sol, podem ajudar na promoção e no reconhecimento da vida no seio das organizações de saúde e de ensino, o que implica em renovação, dinamicidade de processos, plasticidade, flexibilidade, criatividade, parceria e integração. Pressupõe a criação de ambientes de aprendizagem a favor da dinâmica da vida, onde a vida possa estar presente. Esse tipo de ambiente deve incluir atividades pedagógicas voltadas para o diálogo, a diversidade, a capacitação e o fortalecimento de cada indivíduo, para que ocorram mudanças nas relações entre universidade, serviço e população, desestabilizem as estruturas rígidas das instituições formadoras e estabeleçam relações mais democráticas em instituições, mais abertas às demandas sociais, mais ágeis nas respostas e, por conseguinte, mais responsáveis socialmente.

A prática estudada volta-se, portanto, para ampliar as possibilidades de consolidação dessa mudança paradigmática requerida pelas necessidades do momento atual, de renovar e produzir novos instrumentos, alternativos aos existentes, capazes de dar respostas aos problemas de saúde da população brasileira. As principais considerações que trazem este estudo, no sentido de colaborar para a construção de práticas coletivas humanizadas na atenção à saúde e para a implementação de um SUS mais capaz de promover, proteger, assistir e recuperar a saúde da população brasileira são:

- O reconhecimento da complexidade dos fenômenos em saúde que colocam como sendo inseparáveis indivíduo/contexto, sujeito/objeto, educador/educando e todos os tecidos que regem os acontecimentos, as ações, as interações e retroações que tecem a realidade da existência.

- A compreensão da incerteza, da mudança e da multidimensionalidade da realidade como processos intrínsecos à própria dinâmica da vida, que levam ao entendimento de que a mudança é uma condição presente nos processos de ensino e de aprendizagem.
- A compreensão de que a interação é necessária aos processos de conhecer e aprender, entendendo que ambos são relacionais, emergem da relação sujeito/objeto e que essa interatividade que acontece nas relações tem conseqüências em nossa corporeidade, provocando mudanças estruturais ou transformações na organização viva.
- A valorização da linguagem emocional nos ambientes de aprendizagem.
- A possibilidade de incorporação das incertezas, dos imprevistos e do aleatório nas propostas de planejamento das ações em saúde.
- A integração de teoria e prática e o desenvolvimento de processos reflexivos que potencializem a dinâmica entre elas.
- O reconhecimento do papel relevante do contexto, das circunstâncias, dos ambientes nos processos de aprendizagem.
- A compreensão de que os indivíduos são produto e produtores de suas próprias experiências; são causa e causantes, ao mesmo tempo, em função de sua ação sobre as circunstâncias e da retroação destas sobre eles.
- A possibilidade de incorporação da “construção compartilhada do conhecimento” (CARVALHO, ACIOLI & STOTZ, 2001) como uma estratégia através da qual se pode alcançar a promoção da saúde.

Com a preocupação de apontar caminhos mais inovadores para a formação e capacitação dos profissionais de saúde penso que qualquer projeto construído deva considerar que para o profissional, não basta saber, é preciso também ser capaz de "articular responsabilidade, liberdade e compromisso" (RIOS, 1993), o que significa levar em conta o técnico, o político e o ético, com vistas ao desenvolvimento de uma competência que construa uma instrumentalização técnica e política, articulada com a ética. Isso inclui resgatar o valor do senso comum no processo de produção e socialização do conhecimento em saúde, valorizando a "sabedoria popular" e reconhecendo na população a capacidade de captar os fenômenos nas suas diferentes nuances e então ser vista como construtor de conhecimento. O perfil, a postura ética e a atuação da coordenadora do grupo - ao mesmo tempo, médica, psicóloga e educadora, que consegue pensar a cultura popular como cultura, como

conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo - constituem, nesse sentido, uma referência inspiradora para uma abordagem transdisciplinar no campo da saúde, na medida em que revelam a real possibilidade de integrar em uma prática grupal os códigos culturais daqueles que procuram atendimento para suas questões de saúde aos atributos de afetividade, humanidade, competência técnica e política. Representam, desse modo, um passo importante e a ser considerado para a construção de sabedorias que reorientem o processo vigente de medicalização das práticas de saúde e promovam a reconstrução da autonomia daqueles que a elas se submetem. Vale ressaltar que construir essa tradição de práticas de saúde menos medicalizantes e mais humanizadas na rede básica e no PSF é uma tarefa urgente.

A idéia defendida nesse trabalho é que se possa investir mais em grupos de suporte social, como estratégia para implementar a promoção da saúde na Atenção Básica e a humanização da assistência, por meio do favorecimento da autonomia e do empoderamento. Refiro-me ao empoderamento como ato de ganhar ou assumir poder (LABONTE, 1994), objetivando proporcionar os meios para que as pessoas consigam uma maior resolutividade e controle sobre o que afeta a sua saúde, sem, contudo, retirar a responsabilidade do Estado no cuidado da saúde de sua população. Isso inclui pensar, também, na construção e na ampliação de uma rede de relações sociais que favoreçam o desenvolvimento de laços afetivos. Dessa forma, o engajamento em grupos voltados à promoção da saúde, que trabalham no sentido de desenvolver um olhar crítico sobre a realidade, promove a ampliação da rede social, além de permitir criar possibilidades de estar no mundo de forma mais prazerosa, constituindo-se, portanto, numa estratégia de Promoção da Saúde.

No momento, ainda são poucas as iniciativas que imprimem, de fato, uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde e que se aproximem deste novo modelo de atenção, demonstrado na prática do Grupo Sol. Sendo assim, é patente a necessidade de transformar esses processos incipientes em ações sistematizadas e integradas, de maneira que seja possível envolver os profissionais com a realidade local de saúde e comprometer os gestores com a qualidade da assistência prestada pelos diferentes serviços. A possibilidade de concretizar um trabalho educativo democrático, de empoderar e construir a autonomia das pessoas, de integrar o conhecimento das classes populares ao conhecimento técnico-científico pode resolver muitos dos problemas de saúde de grande parte da população, e ainda reduzir a demanda por tratamento nas unidades de saúde, razão pela qual defendo sua adoção no Sistema Único de Saúde.

As pesquisas sobre as questões relacionadas a essa mudança podem ser também reorientadas de modo a que se verifique o quanto o Sistema Único de Saúde pode se beneficiar de práticas dessa natureza, que tipo de formação profissional é necessária para dar conta desse novo modelo de atenção proposto. A cultura das instituições, a formação dos profissionais e o processo de trabalho em saúde podem e devem experimentar essa ruptura de modelo, pela crítica das práticas tradicionais, de forma que saberes e práticas sejam confrontados, desconstruídos e superados por outros que conformem um novo modelo sustentado pelas características do modelo estudado e sistematizado neste trabalho.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 4ª ed. 2ª tiragem. SP: Martins Fontes, 2003.

AIRHIHENUWA, C.O. Health promotion and the discourse on culture: implications for empowerment. *Health Educ Quaterly*, Special Issue. Community empowerment, participatory education and health - Part II, v. 21,n. 3, p. 345-354, fall, 1994.

ALBUQUERQUE, P.C. & STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Revista Interface: Comunicação, saúde, educação*, v.8, n.15, 2004.

ALMEIDA FILHO, N. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M.(Org.). *Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. RJ: FIOCRUZ, 2003, p. 97-114.

ALMEIDA FILHO, N. Holopatogênese: uma teoria geral de saúde-doença como base para a integralidade das práticas de saúde. In: *Seminário do projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano dos serviços de saúde*, II, 2001, Rio de Janeiro , Rio de Janeiro. *Resumos...* Rio de Janeiro: UERJ, p. 1-29, 2001.

ALMEIDA, E. L. V. Medicina hospitalar – medicina extra-hospitalar: duas medicinas? *Dissertação de Mestrado*. Mestrado em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

ALMEIDA, M. C. P. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA-FILHO, N. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n. 4, p. 879-89, 2002.

ALVES, P.; RABELO, M.C. (Org.) *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 71-93, 1998.

AMORIM, A. C. Educação e saúde cidadã - a voz e a vez do saber popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.137-68.

AMORIM, A. C.; MEDEIROS, T. L. No ar... 105,5 MHz Revolução FM, a rádio que é "louca por você"!!! *Nós da Rede. Bol. Rede Educ. Popular em Saúde*. v.1, n.3, p.8-9, 2000.

ARAÚJO, I.S. & CARDOSO, J.M. *Comunicação e saúde*. (Coleção Temas em Saúde).Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

AROUCA, S. 12^a Conferência Nacional de Saúde: governo chama sociedade para discutir os rumos da saúde. *RADIS*, n. 9, maio, 2003.

ARRUDA, A. A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. *Revista de Psicologia*, v.3, p.49-61, 1985.

ATLAN, H. *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização nas práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

BARRETO, A. P. *Terapia Comunitária passo a passo*, São Paulo: Gráfica LCR, 2005.

BARROS, P. R. Entrevista de Ricardo Paes de Barros concedida a Liana Melo. *Revista Isto É*. São Paulo: Ed. Três Ltda., n.1705, 05 de jun., 2002.

BARSTED, L.A.L. Em busca do tempo perdido: Mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. *Estudos feministas*. Rio de Janeiro: ano 2, Semestral. p. 38 – 53, 1994.

BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, v.9, n.17, Botucatu, Mar./Aug., 2005a.

BENEVIDES, R. PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, n.3, Rio de Janeiro jul./set.2005b.

BERNSTEIN, E; WALLESTEIN, N; BRAITHWAITE, B; GUTIERREZ, L.; ZIMMERMAN, M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Educ. Q.*, v.21, n.3, p.281-94, 1994.

BERTALANFFY, L. *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes, 1977.

BERTALANFFY, L. Teoria geral dos sistemas: aplicação à psicologia. In: BERTALANFFY, L. & RAPOPORT, A. *Teoria geral dos sistemas*.Rio de Janeiro: FGV, 1976.

BESEN, C. B. ET AL. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde & Soc.*, São Paulo, v.16, n.1, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mar 2008. doi: 10.1590/S0104-12902007000100006

BETTIOL, L. M. *Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família*. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

BIRMAN, J. *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Editora 34, 1997.

BIRMAN, J. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.529-548, abr.-jun. 2007.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOFF, L. *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. 40 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

BONFATTI, P. *A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Ed. Paulinas, 2000.

BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes. *Tese Doutorado*. Doutorado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

BRANDÃO, C. R. *Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRANDÃO, C. R. (Org.) *O Educador - Vida e Morte*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

BRANDEN, N. *Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo*. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Educação para a Saúde*. 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional da Saúde*. DF:Brasília, 1986.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil – Título VIII, Capítulo II, Seção II*. Brasília: Senado Federal-Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 13 de maio de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília, 1994.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. 3ª Edição. Brasília/DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS*. 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES. DEGES. *Aprender SUS: O SUS e os cursos de Graduação da Área da Saúde*. 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>> Acesso em: 06 de fevereiro de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. 2004b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 5 fev. 2005.
- BRITO, R. B. A afetividade no grupo terapêutico. In: THIERS, S. (org). *A essência dos vínculos*. Rio de Janeiro: Altos da Glória, 2001.
- BUBER, M. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- BUSS, P. M. *Promoción de la Salud y la Salud Pública: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro: ABRASCO, (apostila/mimeo), 2000.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.5, n.1, p.163-177, 2000.
- BUSS, P.M. & FERREIRA, J.R. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde? pp. 15-37. In: ZANCAN, L. & BODSTEIN, R. & MARCONDES, W.B.

(Orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro. 2002.

CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMARGO JR., K. R. *Racionalidades médicas: Medicina ocidental contemporânea*. Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 65 Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993.

CAMARGO JR., K.R. (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis*, v.2, n.1, p. 2003-227, 1992a.

CAMARGO JR., K.R. Paradigmas, ciência e saber médico. Série *Estudos em Saúde Coletiva*, n. 6. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1992b 20p.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. n.17, p. 398-403, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 2, São Paulo, abr., 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAPLAN, G. & KILLILEA, M. *Support Systems and Mutual Help*. Nova York: Grune & Stratton, 1976.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. 18a. ed. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPRA, F. *Sabedoria Incomum: Conversas com Pessoas Notáveis*, São Paulo: Editora Cultrix, 1988.

CAPRA, F. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 1997.

CARMELLO, E. *Resiliência*. São Paulo: Ed. Gente, 2008.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, M. A. P., ACIOLI, S. & NAVARRO STOTZ, E. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do

ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A Saúde nas palavras e nos gestos – reflexões da rede educação popular e saúde*. S.P.: HUCITEC, 2001.

CASATE, J. C. & CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Lat-Am. Enfermag.*, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CASSEL, J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, v. 64, n. 11, p. 1.040-1.043, 1974.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Medicine*, v.104, p 107-123, 1976.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. Trad: Roneide V. Majer. (A era da informação: economia, sociedade e cultura; vol.1). São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTIEL, L.D. *Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CECCIM, R. B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde: O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.11, n.22, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr 2008.

CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu: Fundação UNI/UNESP, v.9, n.16, p. 161/178, 2004/2005.

CERQUEIRA, M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, p.7-48, 1997.

CERQUEIRA, R. F. Produção de sentido de religiosidade no território da vida: compreensão do sofrimento psíquico. *Dissertação de Mestrado*. Escola Nacional de Saúde Pública / FioCruz. Subárea: Endemias, Ambiente e Sociedade, 2003. 164p.

CÉSAR, W., Sobrevivência e transcendência: Vida cotidiana e religiosidade no pentecostalismo. *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, v.16, n.1-2, p.46-59, 1992.

CHAUÍ, M.S. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Ed. Moderna, 3ª ed., 1982.

CHIESA, A.M. & WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, n.45, p.19-22, 1995.

CHIESA, A.M. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. *Tese de livre docência*. São Paulo, USP, 2005. 101p.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.*, v.38, n. 5, p.300-14, 1976.

COHN, A. As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, São Paulo, USP, v. 11, n.2, 2000a.

COHN, A. Participação e cidadania na promoção da saúde. In: *CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 6, 1999, Águas de Lindóia. Anais... São Paulo: APSP, 2000b.

COSTA, A. M. L. Apoio social e unidade corpo mente: uma reflexão sobre a crise do modelo de saúde brasileiro. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 213, Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2002.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida. *Cadernos do Cedes: Educação e Saúde*, 4. São Paulo: Cortez, p. 4-23, 1987.

COSTA, S. F. G. ET AL. *Metodologia da pesquisa: coletânea de termos*. João Pessoa: Idéia, 2000.

CREMA, R. Prefácio do livro Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas da Alexandria. In: LELOUP, J. *Cuidar do Ser: Fílon e os Terapeutas da Alexandria*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CRUZ-NETO, O. O trabalho de campo como descoberta da criação. In: MINAYO, M.C.S.(org.) *Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade*. Petrópolis:Vozes, 1994, p.51-66.

CRUZ-NETO, O. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do "mercado da saúde". *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100023&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 Out 2008. doi: 10.1590/S1413-81232003000100023

CYRINO, H., SOUZA, L.R., PENHA, C., PANTANO FILHO, R. *Ideologia hoje*. Campinas: Papyrus, 1986.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. RJ: FIOCRUZ, 2003, p. 161-174.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. RJ: FIOCRUZ, 2003, p. 39-53.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*. v.15, p.701-709, 1999.

DAVID, H. M. S. L. Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares . Rio de Janeiro; *Tese de doutorado*. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2001.

DAVID, H.M.S.L. – *Informação em Saúde e diversidade cultural entre grupos sociais: o caso de Petrópolis*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1995.

DE ANTONI, C.; BARONE, L. R. & KOLLER, S. H. Violência e Pobreza: Um estudo sobre vulnerabilidade e resiliência familiar. In: DELL'AGLIO, D. D., KOLLER, S. H. & YUNES, M. A. M. (Org.). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção*. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p.151-168

DELGADO, L. A. N. *História oral: memória, tempo, identidades*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DEMO, P. *A nova LDB: ranços e avanços*. Campinas: Papirus, 1997.

DESCARTES, R. *O discurso do método*. Ed. Martins Fontes: São Paulo, 1999.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol. 9, no. 1, 2004.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n.17, p. 401-403, 2005.

DESLANDES, S.F., CRUZ NETO, O., GOMES, R. & MINAYO, M. C.(Org.) *Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro:Ed. Vozes, 2000.

DESSEN, M. A. & BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e pesquisa*. v. 16, n. 3, set/ dez. 2000. p.221-231. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n3/4809.pdf>> Acesso: 22 jun. 2006.

DIAS, M. D. Mãos que acolhem vidas: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. 2002. 204f. *Tese de Doutorado* (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DIAS, R. B. Eu? Eu estou aí, compondo o mundo. Uma experiência de controle de epidemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.14, supl.2, p.149-57, 1998.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975

DREYFUS, H. e RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

DUARTE, A.L. Cidadania e exclusão: Brasil 1937 – 1945. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, S.P., 1995.

DUARTE, L.F.D. *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Zahar/CNPq, 1986.

DUARTE, L.F.D. Cultura operária e cultura das classes trabalhadoras: algumas marcas de um campo. Comunicação apresentada à 16ª Reunião Brasileira de Antropologia (ABA). Mimeo. 1988.

DUFOUR, D.-R. Uma nova condição humana - Os extravios do indivíduo-sujeito. Tradução portuguesa de Selvino J. Assmann Subsídios de estudo do Departamento de Filosofia - Universidade Federal de Santa Catarina, Texto original em: *Le.Monde.Diplomatique*, Paris, fevereiro, 2001.

DUPUY, J.P. A invasão médica. In: _____. *Introdução à crítica da ecologia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980. p. 39-59.

EPP, J. Lograr la salud para todos: um marco para la promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. (Publicación Científica, n. 557). Washington, D.C.: OPS, 1986.

ESPINOSA, B. Ética. In: _____. *Pensamentos metafísicos...*(Col. Os Pensadores).São Paulo: Abril Cultural, 1973.

FAVORETO, C. & CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FAVORETO, C. *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas. Dissertação de Mestrado.* (Mestrado em Saúde Coletiva), apresentada ao Instituto de Medicina Social – UERJ. 2002.

FAVORETO, DAIM & CAETANO, 2003. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 8, s. 2, Livro de resumos I do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 117, 2003.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. & LHANOS, M. (org.) *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.* São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

FEUERWERKER, L.C.M. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados.* São Paulo: Hucitec/ Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: ABEM. 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, v.3, n.1, 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p.37-50, fev. 2002.

FILGUEIRAS, S. L. & DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, p.121-31, 1999.

FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia – a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. *Bulletin of Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. n. 4, 346 p., 1910.

FONSECA, M. L. G. Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problemas de Nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes

populares. Dissertação (*Mestrado em Saúde Pública*) - Fundação Oswaldo Cruz, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud (OPAS)*, v. 10, n.2, p. 152-170, 1976.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. *O nascimento da medicina social. Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. Contradições e desafios. In: *Conferência Nacional de Saúde On-Line*, Belo Horizonte – Campinas, 1999. Disponível em:[<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>] Acesso em: 10 out.2000.

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. ET AL. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. HUCITEC: São Paulo, 2003.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. São Paulo: Paz e Terra; 1979.

FREIRE, P. *Paulo Freire ao vivo*. São Paulo: Loyola, 1983.

FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

FREIRE JR., M. B. Conhece-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para saúde. *Saúde em Debate*, n.41, p.4-9, 1993.

FREIRE, P. Educação e participação comunitária. In: CASTELLS, M.; FLECHA, R.; FREIRE, P.; ET AL. *Novas perspectivas críticas em educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

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

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 9. edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FROTA, M.A. ET AL. Redes de suporte social: uma proposta educativa para a saúde da comunidade. In: BARROSO, M. G. T.; VARELA, M. de V.; VIEIRA, N. F. C. (org). *Educação em saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Promoção de saúde e qualidade de vida. Tema: Cidades Saudáveis. *Radis*, n.19, p.12-3, 2000.

GADOTTI, M. & TORRES, G. *Educação popular: utopia latinoamericana*. São Paulo: Cortez/EDUSP, 1994.

GADOTTI, M. *Perspectivas atuais da educação*. Porto Alegre: Artes médicas sul, 2000.

GARCIA, M.A.A. ET AL. Atenção á saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v.14, n.2, p.175-182, 2006.

GASTALDO, D. É a educação em saúde saudável? *Educação & Realidade*, v.22, p.147-68, 1997.

GAZZINELLI, M.F.C. Educação e gestão em zona rural de Minas Gerais. *Tese de Doutorado*. Salvador: Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, 2000.

GEORGE, L.K.; ELLISON, C.G. & LARSON, D.B. Explaining the relationship between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, v.13, n.3, p. 190-200, 2002.

GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1985.

GIORDAN, A. Health education, recent and future trends. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, v. 95, Suppl 1, p.53-8, 2000.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. & MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saude Debate*, v.27, n.65, p.278-89, 2003.

GOTTLIEB, B. H. *Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications*. *Health Education Quarterly*, v. 12, n. 1, p. 5-22, 1985.

GOULART, F.A.A. (). Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.8, n.2, p.17-26, 1999.

GRÜNSPUN, H. E. *Conceitos sobre resiliência*. 2003. Disponível em <<http://www.crmmt.cfm.org.br/revista/bio10v1/RevistaBioética.pdf> > Acesso em: 8 novembro 2007.

- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- GUATTARI, F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- GUATTARI, F. Transversalidade. In: GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, p.88-105, 1981.
- GUTIÉRREZ, L.M. Empowering ethnic minorities in the 21st century: the role of human service organizations. In: HASENFELD, Y. (Eds). *Human Services as Complex Organizations*. Newbury Park/CA: Sage, 1992.
- HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências*. Trad. De Maria Viviana V. Rezende. João Pessoa: Ed Universitária/UFPB, 1996.
- HUPCEY, J. E. Social support: assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, v. 8, n. 3, p. 304-318, 1998.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.
- JUNQUEIRA, R. G. P. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*, v.32, n.2, p.79-91, 1998.
- KANT, I. *A Paz Perpétua*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1989.
- _____. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70, 2001.
- KIRMAYER, L. J. Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine. In: LOCK, M.; GORDON, D. (Org.) *Biomedicine Examined*. Boston:Kluwer Academic Publishers, 1988.
- KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, v. 97, n.12, p. 1194-200, 2003.
- KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.E. & LARSON, D.B. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, p. 712, 2001.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- LABONTE, R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica, 557. Washington: OPAS, 1996.

LABONTE, R., Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*, v.21, n.2, p. 253-268, summer. Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part I. 1994.

LACERDA, A. & VALLA, V. V. Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A.(Org.). *Construção da Integralidade:cotidiano,saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ,/IMS/ABRASCO, 2003.

LANDIM, F.L.P. et al. Redes sociais informais no cotidiano das famílias de uma comunidade da periferia de Fortaleza. *Cogitare Enferm.*, v.11, n.1, p.16-23, 2006.

LELOUP, J. *Cuidar do ser: Fílon e os Terapeutas da Alexandria*. São Paulo: Vozes, 2004.

LESSA, C., SALM, C., SOARES, L.T. & DAIN, S. *Pobreza e política social: exclusão nos anos 90*. Praga: Estudos Marxistas, v. 3, setembro, 1997.

LOCKE, J. Segundo Tratado sobre o Governo Civil, *Col. Os Pensadores*. São Paulo: Editora Abril, 1983.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. T. *A arte da cura versus a ciência das doenças: a história social da homeopatia no Brasil – 1840/1990*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n.1, 1997a.

LUZ, M. T. Medicina ocidental contemporânea. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n.149, Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1997b. 28p

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2ª ed., revista - São Paulo: HUCITEC, 2005.

MAcDONALD, J. J. & WARREN, W. G. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. *International Quarterly of Community Health Education*, 12:35-50, 1991.

MACHADO, A.M.B.R. Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades no campo da avaliação em saúde. *Caderno CE – Caderno de Currículo e Ensino*, Seção Notas e Documentos - NUTES/UFRJ: Ed. Booklink, v. 3, n. 5, dez., 2002.

MACHADO, A.M.B.R. Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades no campo da avaliação em saúde. Rio de Janeiro, 2003. *Monografia* (Especialização em Gestão em Saúde da Família) - Faculdade de Enfermagem/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 35p.

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MARQUES, R. M. & MENDES, A.. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200007&ng=&nrm=iso>. Acesso em: 03 de março de 2008.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Revista Interface: Comunicação, saúde, educação*, v.8, n. 14, fev. 2004.

MARTINS, J. S. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. Petrópolis:Vozes, 2002.

MATURANA, H. *Da biologia à psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MATURANA, H. R., & VARELA, F. G. *A Árvore do Conhecimento*. Campinas, SP: Editorial PSY, 1995.

MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. *A árvore do conhecimento*. São Paulo: Palas Athena, 1984.

MC QUEEN, D. V. & CELENTANO, D.D. Social factors in the etiology of multiple outcomes: the case of blood pressure and alcohol consumption patterns. *Soc. Sci. Med.*, v.16, n.4, p.397-418, 1982.

MEDINA, M. G. & AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEIHY, J. C. S. B. *Manual de história oral*. 5.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 291p.

MELLO, D A., ROUQUAYROL, M.Z., ARAÚJO, D., ET AL. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação

popular (Distrito São João dos Queiróz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.3, p.583-95, 1998.

MELLO, D. A., ROUQUAYROL, M.Z.; ARAÚJO,D.; AMADEI, M.; SOUZA, J.; BENTO, L.F.; GONDIN, J.; NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.3, p.583-95, 1998.

MELLO, L.G. *Antropologia Cultural: Iniciação, Teorias e Temas*. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.2, n.4, 1986. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X198600040002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abril 2008.

MENDES, E.V. O processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária. In: MENDES, E.V.(Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1993.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MERHY, E.E. *Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*.(Mimeo), 1997.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MILL, J. S. *Da Liberdade*. São Paulo: Ibrasa, 1963.

MILLER, W.R. & THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychologist*, v.58, n.1, p.24-35, 2003.

MINAYO, M. C. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, p. 7-19, 2001.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. Quantitativo e qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. *International Journal of Health Services*, v. 22, n. 2, p. 303-316, 1992.

MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez, 1984.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. & KOENIG, H.G. Religiousness and Mental Health. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.28, n.3, p.242-50, 2006.

MORGAN, ER, WINTER RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatric Adolescence Medicine*, v. 150, n.6, p.638-642, 1996.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Europa-América, 1986.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Trad. Maria Gabriela Bragança e Maria da Graça Pinhão. Sintra: Europa-América, 1994.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

MORIN, E. *O Método: A natureza da Natureza*, Porto Alegre: Sulina, 1996. MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. *Enfermagem e grupos*. Goiania: A B, 1997.

MUNIZ, C.C.F. A fé no processo de cura: histórias de vida. 2005. 138f. *Dissertação de mestrado* (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

NASCIMENTO, J.A., DIAS, C.V.; RODRIGUES, H.C. ET AL. Educação popular na prática do PSF: experiência em rádio comunitária. *Rev. Sobralense de Políticas Públicas*, v.1, n.1, p.32-7, 1999.

NASCIMENTO, M. C. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent/Casa Editorial Ltda, 2003.

NIETZSCHE, F. *Obras Incompletas*. Tradução: Rubens Rodrigues Torres Filho. Coleção *Os Pensadores*, 1ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

NIETZSCHE, F. Prólogo. *Humano demasiado humano*, I. Trad. Paulo César Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

NOVAES, R. R. Pentecostalismo, política, mídia e favela. In: VALLA, V. V. (Org.) *Religião e cultura popular*. RJ: D P & A, 2001.

O'DWYER, G., TAVARES, M. F. L. & DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 23, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000300006&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 26 de janeiro de 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Documentos básicos*. 10.ed. Genebra: OMS, 1960.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa, 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS, 1996.

ORTEGA, F. Michel Foucault: os sentidos da subjetividade. In: BEZERRA JR., B. & PLASTINO, C.A. (Orgs.) *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.

PAIM, J.S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PARKER, C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 1996.

PASSOS, E. *Notas livres*. Fala proferida no exame de qualificação de Doutorado de Adriana Maria Brant Ribeiro Machado. Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense, Campo de Confluência Estudos do Cotidiano da Educação Popular. Niterói, UFF, outubro, 2005.

PELLEGRINO, E.D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington: OPAS, 1990.

PENNA, C.M.M. *Ser saudável no cotidiano da favela*. Pelotas: Editora Universitária, Universidade Federal de Pelotas/Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.

PEREIRA, E. S. Prática educativa: a unibiótica como estratégia para melhorar a qualidade de vida. *Interações - Cultura e Comunidade*, v. 2, n. 2, p. 81-89, 2007.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *O mundo da saúde*, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PERLS, F. *A abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PERNAMBUCO. *Caderno de Educação em Saúde 1 - Percepções teóricas e metodológicas*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998a.

PERNAMBUCO. *Caderno de Educação em Saúde 2 - Diálogo de Saberes - Linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998b.

PESSANHA, J. A. Filosofia e Modernidade: racionalidade, imaginação e ética. In: *Caderno CE*, ano 3, vol. 2, n 3, p. 11-34, RJ: Booklink, 2001.

PILISUK, M.; MINKLER, M. Supportive ties: a political economy perspective. *Health Education Quarterly*, v. 12, n. 1. p. 93-106, 1985.

PINHEIRO, R. Da defesa do aço à defesa da vida O cotidiano dos atores em suas práticas nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda. *Tese de Doutorado* (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, R. & LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R. & MACHADO, In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro:ABRASCO, v. 8, s. 2, Livro de resumos II do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, p. 261, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ / ABRASCO, 2003.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e na enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, M. R. G. M. Ciência e reconstrução em saúde: disrupção e provisoriedade como possibilidades emancipatórias. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200022&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 04 2008.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Tese (*Doutorado em Serviço Social*) – Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2004.

PLASTINO, C.A. Sentido e complexidade. In: BEZERRA JR., B. & PLASTINO, C.A. (Orgs.) *Corpo, afeto, linguagem: a questão do sentido hoje*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.

PRIGOGINE, I. *A nova aliança: metamorfose da ciência*. Brasília: Ed. UnB, 1991.

RAPIZO, R. *Terapia Sistêmica de Família – da instrução à construção*. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 1998.

REIKDAL, A. R.; MAFTUM, M.A. O cuidado com a saúde mental da equipe de enfermagem do PSF de uma unidade de saúde. *Nursing*, v.98, n.8, p.925-930, 2006.

RIOS, T. A. *Ética e competência*. São Paulo: Cortez, 1993.

ROMANO, V. F. Certificação por competência para o médico de família: uma proposta em construção. *Tese de Doutorado* (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de medicina Social, 2005.

SÁ, M. C. Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. *Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo. 2005

SANTOS, B.S. (Org.) *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, B.S. *A crítica da razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. 3ªed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, B.S. Para uma pedagogia do conflito. In: SILVA, L.H. *Reestruturação curricular: novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais*. Sulina, 1996.

SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1987.

SARAIVA, K. V. O. & XIMENES, L. B. Terapias Alternativas/ Complementares de Toque e Imposição de Mãos: uma reflexão para a enfermagem. *Nursing*, São Paulo, v. 74, n. 7, p. 45- 48, Jul. 2004.

SAVIANI, D. *Pedagogia histórico-crítica: Primeiras aproximações*, 5ª ed. São Paulo: Autores Associados, 1995.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103733120070001000&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mar 2008.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 7, n.12, p.101-22, fev. 2003.

SILVAN, C. Teatro de mamulengo: cultura popular e sua contribuição nas concepções e práticas de educação em Saúde. *Caderno de Educ. em Saúde* 2. Diálogo de Saberes - Linguagens: teatro de mamulengo, práticas alternativas em saúde, alternativas alimentares e remédios caseiros. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998. p.25-9.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica. Alternativas Terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMEKE, E.L.M. & OLIVEIRA, N.L.S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M., (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SOUSA, M. F. *A real-idade do PSF: Conversando com quem faz*. 1º ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

STOTZ, E. N. *Enfoques sobre educação e saúde: notas para reflexão*. v. 1, n.1. Rio de Janeiro: Nesc/DCS/Ensp/Fiocruz, 1989.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

STOTZ, E. N. Encontro de movimentos e práticas de Educação Popular e Saúde. *Interface(Botucatu)*, Botucatu, v.8, n.14, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100011&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 22 abril de 2007.

TEIXEIRA, M.B. *Empoderamento de idosos em grupos de promoção de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP. *Dissertação de Mestrado*. (Mestrado em Saúde Pública), 2002. Disponível em:<<http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirambm/capa.pdf>> .Acesso em 17/11/07.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2005, v.10, n.3. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 de fevereiro de 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: una antología* (Publicación científica, 557). Washington: OPAS, 1992.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*, vol.10, n.19, p.61-76, jan./jun, 2006.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*, v.10, n.20, p.347-362, jul./dez, 2006.

THURZS, D. The case of empowerment. The possibilities of empowerment. *J. Int. Fed. Ageing*, v.20, n.1, p.1-2, 1993.

TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. In: Congresso Brasileiro de Saúde coletiva, 7, 2003, Brasília. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.8, p.65, 2003.

TRAD, L.A.B. & BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

TURA, L.F.R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D. & MADEIRA, M. (Org.) *Aids e representações sociais: a busca de sentidos*. Natal: EDUFRN; 1998.

UCHOA, E.; BARRETO, S.M.; FIRMO, J.O.; GUERRA, H.L.; PIMENTA, JR. F.G.; LIMA E COSTA MF. The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. *Soc Sci Méd.* v. 51, p.1529-41, 2000.

VAITSMAN, G. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

VALLA, V. V. (Org.) *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: D P & A, 2001a, p.113-139.

VALLA, V. V. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 177-190, jul./dez. 1996.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola, p. 151-179, 1998.

VALLA, V. V. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 3, n. 5, p. 46-53, mar./jun. 2000a.

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

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.4, n.7, p. 37-56, 2000b.

VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. (Org.) *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VALLA, V.V. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, E. M. (org). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

VALLA, V.V. Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001b.

VAN BALEN, R. M. L. *Sujeito e identidade em Nietzsche*. Rio de Janeiro: Ed. UAPÊ, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In.: COSTA, M. V. (Org.) *Educação popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998.

VASCONCELOS, E.M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. M. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Out 2007.

VASCONCELOS, E. M. Conceitos básicos para se entender as propostas e estratégias de empoderamento em saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M.; REIS, T. R.; BRAZ, R. ET AL. *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Projeto Transversões. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 2007.

VASCONCELOS, E. M.; REIS, T. R.; BRAZ, R. ET AL. *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Projeto Transversões. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da UFRJ, 2007.

VASCONCELOS, E.M. Podemos ser cuidadores, mas sempre...também feridos! In: VASCONCELOS, E.M. (org.) *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA FILHO, N. G. O Processo Dialógico na Atenção Terapêutica Psicossocial. Contribuições de Paulo Freire. *Anais do III Colóquio Internacional Paulo Freire*. J. Pessoa: EDUFPB, 2003.

VIEIRA FILHO, N. G. A clínica psicossocial e a atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. Cienc. Prof.*, vol.25, no.2, p.228-239, jun. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414989320050002006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. Acesso em 29 de junho de 2008.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participation, education and health. *Health Educ. Q.*, v.21, n.2, p.141-70, 1994.

WEFFORT, F. Prefácio. In: FREIRE, P. *Educação e política*. São Paulo: Paz e Terra, 1984.

WHITAKER, D. *Mulher e homem: o mito da desigualdade*. São Paulo: Ed Moderna, 1988.

WINEMILLER, D. ET AL. Measurements strategies in social support: a descriptive review of literature. *J. Clinical Psychology*, v.49, n. 5, p. 638-648, set., 1993.

WONG-UN, J.A. O sopro da poesia: revelar,criar, experimentar e fazer saúde comunitária. In:VASCONCELOS, E.M. (org.) *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

WONG-UN, J.A. Comunidade(s) na saúde: comunalidade, interexistência e experiência poética. *Tese de Doutorado* (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro, FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion document on the concept and principles. In: _____. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722003000300010&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 22 dez. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, desenvolvida por Adriana Maria Brant Ribeiro Machado, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação, nível Doutorado, da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação dos professores Dr. Victor Vincent Valla e Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David, tem como objetivos principais estudar as repercussões da prática do Grupo de Mulheres no cotidiano das participantes e identificar o tipo de relação da coordenadora com as participantes do grupo.

A minha intenção será a de contribuir com a discussão sobre práticas transformadoras de educação e saúde, que possam vir a colaborar com a implementação do SUS, assim como sua divulgação como estratégia de promoção à saúde na atenção básica.

Informamos que não haverá nenhum risco para a entrevistada e que os resultados do estudo poderão resultar em benefícios no sentido de ampliar a prática de educação e saúde na atenção básica.

Como sua participação na pesquisa é voluntária, você não é obrigada a fornecer as informações e/ ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora e não sofrerá nenhum dano, caso decida não participar do estudo.

Esclareço que a qualquer tempo você poderá ter acesso às informações, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Você também tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga prejuízo de qualquer natureza. Será mantido o anonimato e salvaguardada a confidencialidade, sigilo e privacidade. Solicito sua permissão para que a entrevista seja gravada, como também sua autorização para publicação dos resultados deste estudo.

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora, tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa e autorizo a divulgação das informações que prestarei.

Assinatura do entrevistado

polegar direito

Assinatura da testemunha

Assinatura do pesquisador – Contato: tel. 21 – 99968259

APÊNDICE B- CARTA DE CESSÃO

Rio de Janeiro, ____/____/____

Prezada Senhora:

Eu, _____, estado civil _____,

identidade _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos da minha entrevista, dada dia: ____/____/____ para Adriana Maria Brant Ribeiro Machado, a ser usada integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e publicação, que está sob a guarda da referida. Declaro ainda estar ciente dos objetivos do estudo que compreendem descrever as repercussões da prática do Grupo de Mulheres no cotidiano das participantes e identificar o tipo de relação da coordenadora com as participantes do grupo.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente.

Polegar direito

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Assinatura da testemunha

Telefone para contato do pesquisador responsável: Adriana Brant (21) 22565102

APÊNDICE C- FICHA TÉCNICA

Identificação:

Nome: _____

Local de data de nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____

Identidade: _____

Ocupação: _____

Data e local da entrevista: _____

1. O que era o *Grupo Sol* para você?
2. Como era a sua vida antes e como é depois do Grupo Sol? O que mudou em você com a sua participação no grupo? O grupo fez alguma diferença em você?
3. Qual a importância do grupo para sua vida?
4. Como era o tipo de relação da coordenadora com as participantes do grupo?
5. Como você vê a coordenadora do grupo como profissional de saúde? Ela difere dos outros profissionais de saúde que você conhece? Em que?

ANEXOS

GEMA

Coordenadora e fundadora do Grupo Sol, participou de forma assídua e ativa dos encontros do grupo, durante dez anos, coordenando as reuniões e as outras atividades desenvolvidas pelo grupo, sendo uma de suas maiores divulgadoras e entusiastas.

É uma mulher de meia idade, de classe média, divorciada, vive sozinha em um apartamento confortável, na zona sul do Rio de Janeiro.

É alegre, extrovertida, dinâmica, gosta de conversar e de interagir com as pessoas da comunidade. É emotiva, de choro fácil. Adora viajar e fazer peças artesanais. Ela tem espírito de liderança e é articuladora. Busca sempre estimular a compreensão dos problemas estruturais da comunidade.

Bom, isso aí foi em 2000, 2001, por aí. Talvez tenha sido o apogeu do Grupo de Mulheres de Vila Canoas, o Grupo Sol. Tinha até uma mulher que andava de muleta, que tinha carteirinha de deficiente para andar no ônibus, que era a Dona Liatris, lembra? E aí ela era meio uma louca da favela, criadora de caso, brigona... brigava com todo mundo, mas ao mesmo tempo uma mulher muito solidária, assim, fofoqueira para caramba, não é? Aprontava... e aí ela participava muito do grupo de mulheres e parou de usar muleta, não é? Começou a fazer parte do grupo de Unibiótica, das plantas medicinais... Entrou para o grupo de Dança do Ventre (criado pelo PSF, numa certa época). Se você tirasse um retrato dela com muletas e depois fazendo dança do ventre ... toda vestida... Ela começou a participar de grupos de terceira idade, aquele outro trabalho que também tinha ligado à Prefeitura – CEMASI- e começou a participar de apresentações de terceira idade. Tinha desfile de modas da terceira idade e ela...A auto-estima dela... Foi uma descoberta, não é, a mudança da Dona Liatris. Begônia, lembra? Era uma também que tinha uma história muito triste. Ela era muito carrancuda, muito fechada, muito pesada e no grupo ela foi contando a história dela. E chegou ao dia que ela acabou contando uma história de ter vindo pro Rio de Janeiro, de um estado nordestino, garota ainda, pra trabalhar, adolescente, e ter sido estuprada pelo patrão. E quando ela contou essa história, é... mais uma vez eu ... foi um momento, assim, muito emocionante, muito duro pra mim, porque eu vi outra vez o quanto eu era ainda é.....já a essa altura eu achava que conhecia muito aquelas mulheres e aquelas pessoas que eu achava que conhecia tanto ainda tinham os seus segredos. E aí, começou uma avalanche de histórias de abuso sexual, de mulheres que tinham... A grande maioria daquelas mulheres, mais velhas, tinha sofrido estupros ou abusos sexuais nos seus trabalhos, ou de parentes, ou tinham vindo embora fugidas das suas cidades de origem por conta disso. Então essa história do abuso sexual era uma história muito presente no grupo. E eu só descobri isso muito tempo já depois. Eram uns dias, assim, que o grupo tava mais limitado, com pessoas mais de confiança. A gente tinha, claro, uma regra de que aquilo que a gente conversasse ali não poderia ser comentado fora dali. Mas era muito interessante porque eu continuava ainda sempre sendo a ingênua. Elas é que conheciam as pessoas em quem elas poderiam confiar. Só quando as pessoas não confiáveis não estavam no grupo é que essas conversas mais importantes e sérias, e... e que elas não queria que fossem reveladas, elas surgiam. E aos poucos eu fui vendo isso e aprendendo a respeitar esse movimento do grupo, não é, de que dependendo de quem estava presente, o grupo tomava esse ou aquele aspecto, e isso era a característica do grupo que não tava na mão de ninguém o que seria cada grupo. O grupo se formava

e, em função dessa formação é que os assuntos vinham. E é interessante porque você tem que aprender a respeitar e a aceitar isso. Às vezes você vai com uma idéia pré-determinada, de que hoje vamos falar sobre isso ou aquilo e aparece alguém ou alguma outra história e você se entregar àquele movimento que veio do encontro daquelas pessoas... e aceitar que o momento de falar disso ou daquilo não é decidido pelo coordenador do grupo. Então...Teve uma época, inclusive, que a Bina, que foi um elemento muito importante, não é, que era uma moça da classe média que morava numa casa em frente à favela e que tinha quando criança, convivido e brincado com muitas daquelas moças que hoje em dia eram do grupo de mulheres. E ela, uma pessoa muito afetuosa, assim, é... tinha sido sempre rejeitada naquela comunidade porque o irmão dela era uma pessoa muito querida, o Cris. E ela ficava sendo chamada como a irmã do João. Ninguém nem sabia o nome dela. E ela era meio fechada, assim. E um dia ela apareceu lá, acho que por conta do Biochip. Ela tinha uma ligação com a Trapueraba.

Ela apareceu no grupo e ficou, não é, ultra atuante na horta, ultra ativa em mil coisas. E ela era muito ligada à cultura indígena. Ela gosta muito disso e tal.Tanto que ta agora... A gente se reencontrou e ela está esperando neném de um Patachó. Ela ta agora com um indiozinho na barriga. E ela, naquela época, tinha se formado em comunicação, jornalismo e tal... Tava fazendo as escolhas profissionais dela. E ela foi lá em Vila Canoas fazer algum trabalho e nunca mais saiu.Ficou ligada àquele pessoal. Fez muitos trabalhos. E aí ela trouxe uma idéia na hora do grupo de como seria a organização de cada um falar de uma vez, que era, vamos dizer assim, uma maneira de organizar numa tribo indígena. Muitas tribos indígenas que têm um bastão, um pau, uma coisa que vai passando de mão em mão e a hora que a pessoa está com aquele instrumento que significa que ele tem a palavra, as pessoas ficam caladas. Porque era muito difícil organizar a vez de falar e tal. E aí tinha tido uma adolescente que tinha feito aulas de cerâmica com a Trapueraba. E ela fez um girassol e levou pro grupo. E esse girassol passava de mão em mão, o girassol de cerâmica. E ele era o dom da palavra. A pessoa podia falar quem tivesse o girassol na mão. E era muito lindo, porquê depois de algum tempo, as mulheres passaram a lidar com aquele girassol como se fosse realmente um elemento mágico. Como se quando a gente falasse... quando a gente tava com aquele girassol na mão, era como se ele tirasse de dentro do coração da gente os nossos segredos, as nossas tristezas, as coisas importantes para falar. E elas, muitas vezes, se emocionavam muito de estar com o girassol na mão.E foi a Mandacaru que trouxe essa cultura indígena também pra nossa história lá de Vila Canoas. Teve um grupo de gestantes com yoga pra gestantes. Teve uma época que tava começando o PSF, não é? O Programa Saúde da Família. E por diversas vezes, ele quase não aconteceu em Vila Canoas, por motivos políticos, por motivos também de organização técnica do planejamento da Prefeitura, que tinha parâmetros do tamanho da população que poderia ter um PSF, tudo isso. E aí chegou um tempo que o posto de saúde foi construído quase até o final e foi embargada a obra. E a gente foi fazendo uma... Ficou aquela obra embargada, porquê ela ficava no limite da favela. E as pessoas que tinham as casas ricas do outro lado da rua começaram a se incomodar, pensando que aquilo ali ia virar uma coisa que desvalorizaria o patrimônio dessas pessoas. E aí, a gente começou a tentar negociar isso. Nós, o Grupo de Mulheres, não é? Várias vezes a gente tentou fazer coisas comunitárias. Uma delas foi essa. Lá no Grupo de Mulheres também surgiu a idéia de fazer a reciclagem. Qual era o nome dele, meu Deus? Lívio? Ele era uma pessoa... Mano Preto! E aí a gente fez a passeata nessa época. Mas antes a gente tava fazendo a reciclagem de lixo separada. E aí, com isso, a gente tinha também que ter contato com o poder público. A gente trouxe uma assistente social da COMLURB pra gente negociar aqueles vazilhames de lixo separado. A gente fez oficinas de uso de material reciclado... Aquelas vassouras de pet, lembra? Que foi o maior sucesso, assim. Que eram vassouras que eram feitas com garrafas pet. E aprendi a fazer isso com o pessoal que trabalhava em Teresópolis. E aí levei pra lá a idéia. E foi o maior sucesso. Fizemos muitas... E, bom, aí nessa época, o terreno tava já... A obra em andamento... E a obra foi embargada por uma vereadora que tinha conhecimento com o pessoal lá de São Conrado por cota de desvalorizar, entre aspas, a casa das pessoas do outro lado da rua. E aí fizemos então uma passeata, que saímos indo em direção ao apartamento do prefeito César Maia, que morava na praia de São Conrado, ali, na Praia do Pepino. E muito ingênuas, inclusive, não é, naquela época... Porque aí o presidente da Associação de Moradores chegou na hora da passeata e ele fez uma manobra. Falou que era errado fazer aquilo, que não era a maneira de pressionar daquela maneira. Eu nunca entendi direito o motivo pelo qual ele não queria que a gente

fizesse a passeata, porquê foi organizada junto com a Associação de moradores. Mas algum motivo interno de poder lá em Vila Canoas, ele resolveu na hora impedir. Todo mundo desistiu, exceto o Grupo de Mulheres. Que foi com um menino, que tinha levado um bumbo. Ele tava dando de aula de música no CEMASI. E ele tinha um vínculo com as mulheres. E ele foi tocando o bumbo. E esse rapaz... A gente foi. Tínhamos escrito uma carta pro César Maia, dizendo a necessidade do PSF, inclusive da obra estar embargada e estava sendo destruída, porque estava quase pronta e começou a virar depósito de lixo e tudo. E aí, depois de algum tempo a obra foi terminada, o PSF foi trabalhar, foi implantado lá em Vila Canoas e enfim, existe lá, tá lá funcionando. Houve a seleção das Agentes de Saúde nessa época. E foram criadas no grupo de mulheres. As pessoas selecionadas para serem agentes de saúde foram as pessoas que já tinham experiência de trabalhar com o grupo de mulheres, que foi a Alfazema e a Gerbera.

Então nessa época eu terminei com a minha participação como coordenadora do grupo. Continuei ainda trabalhando no próprio PSF (na Unidade de Saúde) um tempo. Esqueci de contar que a gente ficou sem casa, não é? O Padre Juarez, depois de 2003, ele me demitiu. Falou que não tinha mais como arcar com o meu salário e que ele tava realmente, acho que já preparando a saída dele da igreja de São Conrado. E aí a gente continuou trabalhando, voluntariamente, você e eu, não é? E depois de algum tempo o Heráclito foi uma pessoa que resolveu apoiar o nosso trabalho. E a gente, então, passou a ter uma remuneração bem menor, mas que pelo menos pagava o custo de ir a Vila Canoas. E continuamos o grupo, numa casinha alugada, que era um cubículo sem ar, não é... Era muito fechado, muito insalubre. E a gente ficou uns meses, uns seis meses ali. E as reuniões eram muito boas. Eram reuniões que tinham... mesmo assim, ainda tinham umas quinze pessoas e a gente pagava o aluguel da casa com a doação do Heráclito, não é? E aí um dia ele foi lá e ficou muito chocado com o lugar que a gente tava se reunindo e resolvemos então conseguir um outro local que foi na sala da Associação de Moradores. Ficamos lá mais um ano ou dois e depois fomos um tempo pra casa da Dona Agave, enfim, foi nessa época que perdemos a casa, a horta, e tudo isso, é que a coisa eu acho que perdeu a importância aquela época do apogeu. Mas eu hoje em dia, fazendo uma reflexão sobre isso, eu acho que foi um ciclo. O grupo de alguma maneira cumpriu um ciclo com aquelas mulheres e elas fizeram grandes transformações na vida delas e eu e você nas nossas também, não é? Porque acho que... nossa! Aquele grupo de mulheres foi pra mim um esteio na minha vida... Uma época muito importante, que eu compartilhei coisas muito importantes da minha vida com elas e essa época, realmente, eu me coloquei muito de igual pra igual. Claro que eu era uma liderança no grupo, era uma coordenadora e era uma pessoa que tinha a capacidade, vamos dizer, a cultura, tinha tido acesso a ter tido uma formação de coordenar grupo e tudo, mas enquanto pessoa, eu me colocava muito próxima, porque contava pra elas as minhas dificuldades pessoais tanto quanto elas contavam as delas. Eu não ficava numa atitude neutra de não compartilhar as minhas dores, os meus sofrimentos... E eram muito grandes naquela época. Foi uma época de crise muito grande na minha vida. A época em que a minha mãe ficou com câncer e eu acompanhei o final da vida dela, que durou um ano e meio mais ou menos e que as mulheres me ajudaram muito a ter força e energia pra ajudar minha mãe. E depois disso o início da ruptura do meu casamento, não é? E que eu também que compartilhei isso com elas. E aí, eu acho que o que elas viam que acontecia em todos os lugares era muito semelhante, não é? Aí sim eu acho que tinha um cunho de ajuda mútua, como também de grupo terapêutico, como também de fortalecimento assim de laços, de vínculos... de amor mesmo, não é? Muito grande, que foram pessoas que se tornaram minhas amigas, que são pessoas amigas, até hoje. Acho que elas consideram essa experiência do grupo também como uma coisa muito importante do ponto de vista de grandes mudanças na vida delas, mas também de oportunidades de fazer vínculos muito fortes de amizade, de amor... Acho que isso foi o mais importante. Hoje em dia eu vejo isso como a base do Grupo de Mulheres de Vila Canoas: o amor e um vínculo de muito respeito, de muito espaço pras pessoas se expressarem ... E também de muita alegria de compartilhar o crescimento e o desenvolvimento de cada uma daquelas pessoas; um espaço muito compreensivo também com os limites de cada uma, com as barreiras, com as impossibilidades de avançar. Acho que aquele foi um grupo iluminado mesmo. Foi um tempo da minha vida muito importante, muito transformador, que eu recorro a ele muito, muito até hoje, nas minhas lembranças, na memória, nos meus trabalhos, porque eu continuo trabalhando com outros grupos hoje em dia. Hoje em dia, às vezes, quando eu me deparo com dificuldades muito grandes de grupos de duas ONGs, principalmente, que eu trabalho – com as

“Amigas do Peito” e com a REUNA (que é a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento). Como todo grupo tem aquelas desavenças, dificuldades, momentos assim de impasse, que a gente tem vontade de parar, ou momentos em que a gente fica com raiva das pessoas com quem a gente está trabalhando. Aí eu recorro muito à experiência de Vila Canoas pra compreender, ter paciência, ter tolerância com as dificuldades dos outros e, também, principalmente, com as minhas.

Essa forma horizontal, não hierárquica, de igual pra igual de me relacionar com a população eu já trouxe já comigo. Eu já tinha uma experiência assim no grupo das Amigas do Peito, que era um grupo de auto-gestão, que todo mundo era igual. A gente era coordenadora, por exemplo. Mas nós não éramos e nem nos colocávamos com maior importância do que uma pessoa qualquer que chegasse pra participar do grupo. Porque a coordenadora não existe se não existe participantes. Essa co-relação de necessidades, os papéis são... Os grupos eu acho que são mais saudáveis quando os papéis são cambiáveis. Em algum momento, quando uma mulher do grupo, ela lidera a oração do fechamento do grupo, ela, mesmo que por alguns momentos, ela está coordenando aquele grupo. Ela vivencia a experiência de liderar o grupo. Esses momentos de passar a liderança pro outro, de assumir a liderança... Na hora que uma mulher está falando e que a gente organizava essas coisas de passar o girassol de mão em mão, que foi a cultura indígena que a Mandacaru trouxe, não é? É... a gente brincava:- “Quando um burro está falando os outros abaixam a orelha”. Tinha esses ditados populares que falam disso. De alguma maneira o exercício de liderar o grupo, de assumir a responsabilidade...

A reunião do grupo tinha um roteiro mínimo. Tinha um horário que era estipulado toda semana igual, num dia da semana... Dali saíam todas as sugestões que... Essas regras mínimas de democracia, não é? As decisões do grupo passavam pela reunião oficial do grupo que era naquele dia lá da semana. Então, se alguém quisesse falar em nome do grupo, ou propor uma atividade, ou fazer um convite... Por exemplo, às vezes eu ganhava convites pra levar o grupo pra uma peça de teatro, pra alguma coisa. Esses contatos todos que a gente tem e as pessoas acabavam oferecendo esse tipo de coisa, porque sabiam que eu estimulava isso. Eu não chegava lá em Vila Canoas e... Tomava o cuidado de nunca chegar lá e oferecer... eu escolher quem seriam as pessoas que eu... porque eu gostava mais ou porque tinha mais facilidade...levar pra ir a um determinado espetáculo de dança, por exemplo, como a gente foi várias vezes àqueles grupos de dança, promovidos pelo BNDES. Tinha uma das amigas do peito que dava ingresso. Então, esse cuidado, explicar essa regra, por exemplo, eu acho que isso é um tipo de educação de respeito, de democracia, de justiça, de tudo isso, não é?

As reuniões começavam, em geral, passando-se a voz pra cada um contar um pouco como tinha sido a sua semana. Ou, se alguém chegava com alguma questão de maior sofrimento, ou uma coisa mais urgente, essa questão, de alguma maneira tomava o espaço do grupo. Existia esse... essa flexibilidade, vamos dizer assim. Existia um modelo que era cada dia todo mundo ter a voz um pouco e havia uma abertura... Depois um tempo em que todo mundo falasse alguma coisa... Às vezes eu tentava pontuar juntando todas as experiências, falando um pouco do que eu tinha achado importante naquele grupo, quais tinham sido as coisas que a gente podia ligar com outras experiências daquela pessoa, mostrar a transformação daquela pessoa... E aí outras pessoas também falavam às vezes sobre as suas experiências ou sobre a experiência de alguém que tinha contado alguma história impactante, que acontecia muito. Às vezes, chegava alguém com algum drama, assim, e aquilo tomava o lugar da reunião. E às vezes tinha alguma questão mobilizante, assim, social mesmo, do momento... do grupo ou da comunidade mesmo, não é? Alguma coisa que tivesse acontecendo que fosse mais urgente, tipo enchente... Às vezes tinham situações de necessidade de ajuda ou de suporte pra comunidade que tomavam também o espaço do grupo. O grupo elegia o tema na hora, conforme a necessidade do grupo. O que depois eu fui ver que os grupos de AA ou de ALANON chamam de consciência do grupo. Que é bonito esse nome, não é?. Eu gosto. O grupo ele tem esse poder de... Você, de alguma maneira, enquanto coordenador do grupo, abdicar do controle do que que é o importante ou não. Deixar que essa tal consciência de grupo, mas que é como se fosse entregar... que aquilo que é mais importante, vai acontecer naturalmente. Aceitar. Às vezes você vai com uma história na cabeça que você quer falar disso, quer falar daquilo... e o assunto não dá ibope. Neguinho não está nem aí. Você leva um assunto lá, que você acha legal e tal e... nada. E aí, você cala o seu bico e escuta o que o grupo está querendo falar. Às vezes eu até falava isso, não é? - “Ah, trouxe aqui uma história... Tava crente que tava abafando... Que vocês iam gostar... Vocês não tão nem aí, não é? Vocês querem

contar outra história?” Eu brinco. Que eu sou brincalhona, não é? Aí eu falava assim: - “Você quer contar uma história? Alguém quer contar uma história mais interessante do que a minha? Porque a minha acho que vocês não gostaram muito não...” Aí, alguém contava. Ficava aquele silêncio assim... E alguém contava. Aí eu parava e falava: - “É. Não era pra ser aquele assunto que eu queria que fosse. Era pra ser esse outro assunto aí. O poder é o poder do grupo. Não é porque você é a coordenadora, que você é a poderosa, entendeu? Você é só um instrumento de organização. Mas é você se entregar inclusive como instrumento do grupo, de um agrupamento humano. E sei lá porquê, por alguma coisa que você teve acesso, teve oportunidade, teve facilidade, recebeu um dom da vida, você está ali exercendo a liderança naquele momento... Está coordenando aquele grupo e tal. Mas você tem que ter a humildade de compreender que apesar de você ter facilidade pra liderar, pra coordenar, ou não sei o quê, não é por isso que você tem o direito de mandar. Quem manda é o grupo. Você obedece. E isso é antagônico à cultura médica. Porque a gente vê isso entre os nosso iguais, o tempo todo. Como é difícil a gente abaixar a crista, escutar... Ficar calado.

Eu não vejo os moradores da favela como coitados. Eu os vejo como pessoas, iguais a mim. Eu não acho mesmo que uma mulher de classe média, assim... Eu não conheço tanto, não é? Eu não tenho muita experiência de vida com as classes mais abastadas. Nunca foi uma oportunidade que a vida me deu de viver nesse meio. E eu também tenho preconceito. Também as oportunidades que eu tive eu também não aproveitei porque eu acho chato, não me interessa e tal. Então a experiência de vida que eu tenho... Mas eu não acho que sejam menos importantes, entendeu? Apenas não são do meu interesse. Então, como eu não tenho interesse, eu acho que não é o meu caminho. Só isso. Não é porque as classes populares são mais importantes. Pra mim são, porque eu gosto. Só por isso. Gosto porque... sei lá. Amor não tem explicação. Por quê que a gente gosta de uma coisa e não gosta da outra? Sei lá. Acho que amor não tem explicação. Gosta porque gosta. Pode ser que seja uma forma de proteção, de alguma coisa assim. Mas eu acho que... tem algumas coisas que eu busco a riqueza de uma cultura, a riqueza de uma experiência de vida... de experiências de vida de pessoas batalhadoras, que têm uma energia e uma força que eu admiro. Talvez isso... Mas acho que também pode ser idealização. Porque nem sempre é assim. Nem todo mundo é assim de um lado, e nem do outro. Eu tive mais acesso a essas experiências de vida. Então, talvez é o que eu conheço melhor. Mas... sei lá. Eu acho que é só isso mesmo. A gente tem que fazer o que a gente gosta. Porque que você gosta de buscar... o caminho que você chega lá. Você foi fazer odontologia. Jamais passaria na minha cabeça fazer odontologia. Por quê? Sei lá. Mas por quê que eu não gosto? Não tem muita explicação. Por quê que você acha uma pessoa bonita e a outra feia e a outra pessoa acha justamente o oposto? Por quê que você gosta de comer uma coisa bem cheia de creme de leite e eu odeio só de olhar... E eu adoro comer uma coisa picante, cheia de gengibre e pimenta... E ardido... E a outra pessoa se botar aquilo na boca, fica tossindo e não suporta.

Eu penso muito sobre o término do grupo... que talvez eu não tenha sido competente pra terminar realmente...conseguir o meu intento. Talvez eu tenha sido incompetente pra isso (pra firmar esse modelo de auto-gestão). E eu aceito isso com naturalidade. Eu não me sinto responsável pela continuidade do grupo. Eu acho que eu fiz o que cabia a mim, naquele momento. Foi muito difícil me desvincular de Vila Canoas. Tanto que eu levei anos desmamando. Cada vez eu ia um pouquinho menos... um pouquinho menos... Como eu acho que é um desmame de peito... Tive que arrumar a mãe substituta... transferir a responsabilidade. Até abrir mão de qualquer responsabilidade de decisão. Aí quando eu ia lá, eu ia como visita, absolutamente sem responsabilidade nenhuma. Só pelo desejo de rever as pessoas... pelo que tinha ficado pra mim. E eu acho que eu me dou esse direito totalmente. Mas de qualquer maneira, eu penso que essas pessoas tiveram uma experiência de vida que certamente marcou a experiência delas. E se elas quiserem e gostarem... tiverem gostado dessa experiência, elas vão buscar isso outra vez. Eu acredito quer não dá muito pra gente dizer se uma coisa existiu de fato na vida da gente... assim... se ela foi importante... Se esse Grupo de Mulheres acabou. Eu às vezes fico pensando sobre isso... Ele acabou mesmo? Ele pode não existir enquanto aquele formato que a gente tinha lá. Mas se essa experiência do grupo de mulheres, estiver viva na vida de cada uma dessas mulheres que participou, ele não acabou. Porque elas vão estar reproduzindo nas suas vidas essa experiência. O que aconteceu com os filhos das mulheres que participaram do grupo?

Hoje o grupo das Amigas do Peito já tem 27 anos. A gente fica pensando se o grupo vai sobreviver... como vai ser... aquela história de grupo voluntário... Quando acabar a grana que a gente tem como é que a gente vai continuar pagando as despesas da sede. E volta e meia passa que o grupo é um grupo em extinção. E talvez seja. Às vezes dá aquele dó, aquela tristeza... Mas como pode acabar? As pessoas falam: “Mas não pode acabar uma coisa dessas, tão importante, como as Amigas do Peito...” Aí eu penso assim: “Pode. Claro que pode acabar. Tanto outras coisas importantes da humanidade acabaram. Mas acabaram? Será que não se transforma outra coisa? Sabe, quando a gente olha agora, que muitas de nós, fundadoras da Amigas do Peito, estamos tendo a experiência de sermos avós. E todos os nossos netos, sem exceção, estão sendo amamentados sem nenhuma dificuldade... Será que de alguma maneira a gente já não transformou? E isso que a gente tinha que fazer já ta feito? E a gente já deixou isso aí pra humanidade? E então vamos embora lá fazer outra coisa? Porque também a gente talvez já desgastou essa energia de ficar falando a vida inteira: bota o teu peito no sol, nã nã nã nã nã... É claro que tem um monte de gente que não amamenta, tem um monte de gente que precisa de ajuda... tem um monte de gente... Mas... esse modelo de um monte de gente que já amamenta, já não é? É. Espera, tem paciência. Se for importante mesmo fica. Mas a gente também tem que ter humildade pra imaginar que talvez não seja tão importante quanto a gente imaginou que fosse. E se não for, foi importante pra mim. É isso! Pra mim foi muito importante! A minha experiência com o Grupo de Mulheres de Vila Canoas, mudou tudo na minha vida. Foi uma experiência, que eu recorro a ela quase todos os dias da minha vida. Me lembro de frases daquelas mulheres... Eu até me emociono, sabe? (choro...) A Tulipa quando eu começo a ficar “despirocada” na vida, fazendo tudo ao mesmo tempo, eu me lembro da Tulipa falando: “Eu não quero ficar dividida. Eu não vou ficar dividida. Eu não vou fazer as coisas dividida”. Aí eu falo: “Ah, Tulipa, baixa o teu espírito aqui em mim pra eu aprender a não ficar dividida...” Eu resgato a sabedoria e esse vínculo de amor. Porque a Tulipa é uma pessoa que eu amo e amarei pro resto da minha vida e eu sei que sou amada por ela. Quando eu penso nos filhos... quando eu sei que a filha dela está cursando a PUC, fazendo universidade, que conseguiu uma bolsa... Que o Jairo está bonitão lá, estudando, sendo um adolescente estudioso, interessante... E que a Tulipa está quebrando a cara pra abrir a cabeça dela e aceitar essas coisas diferentes... Quando eu sei das notícias da mãe dela velhinha lá, morando na casa em frente... E das experiências todas dela, da família dela... Eu acho que... Isso de alguma maneira transformou minha vida pra sempre. Não tem como eu... Eu sou hoje uma pessoa completamente impregnada pelas experiências que eu vivi lá. E eu recorro a elas até na maneira de jogar o meu lixo fora, produzir menos lixo, de não jogar comida fora, de descascar uma laranja de uma maneira que eu aprendi com a Dona Capuchinha... Bordar, costurar... Olhando elas só. Nem nada que ninguém falava. Mas a experiência de participar, de compartilhar a vida... conhecer... conhecer mesmo as pessoas no seu dia a dia, não é? Se você está disposto a abrir o olho e conhecer o máximo que você puder de uma pessoa, seus gostos, os seus amores, os seus desamores, as suas dificuldades, os seus limites... e amar essa pessoa e aceitar como ela é... você aprende tanto e se impregna de algumas coisas dessa pessoa e vai se transformando... todos nós, não é? Se misturando, se transformando o tempo todo... E é isso aí que vale a pena viver. Se não, seria um saco, não é? Pensa bem. Ir lá, ficar repetindo... blá, blá, blá... mesma coisa... já sabendo tudo o que o outro vai falar... nhem, nhem, nhem... nhem, nhem, nhem... ninguém agüenta um troço desse! É misturar. Se não for pela criatividade, pela novidade, todo o dia...

Vejo também nas mulheres do grupo uma certa passividade, que é consequência também de nossos traços culturais, de uma tirania de tudo... de gênero... é muita opressão social... Essas mulheres com quem a gente tava ali se relacionando são mulheres que são oprimidas em todos os níveis. Não vamos cair no chavão da mulher negra, favelada, blá, blá, blá, blá blá, blá... mas... além de tudo... não é? Se você for... Sabe aquelas piadas assim... se for preto, ou viado e for ou judeu, nesse segunda guerra mundial e ainda além de judeu for viado e pobre... Pôxa! Está ferrado, não é? Mas a gente vê que têm algumas situações que elas são facilitadoras da opressão, claro. Uma mulher que veio adolescente, do nordeste, analfabeta... Como a gente quando foi falar da questão do estupro... Muitas tinham sido violentadas na adolescência e a gente, depois de anos de convivência, não sabia disso. Eu me lembro de uma época que a gente falava... começou a falar disso, que foi uma choradeira... uma choradeira... Pra mim foi uma coisa muito dura, de acessar isso... de alguma maneira inconsciente. Provavelmente eu já tinha percebido os sinais disso e eu não tinha coragem de acessar essa área... Porque é uma

dor, uma dor... você saber que... aquelas pessoas, senhoras, gordas, avós, não sei o quê... que hoje em dia você vê como aquela matrona, que sabe tudo da vida, passou por aquilo. Aqui, debaixo do nariz da gente, há quarenta anos atrás, ou há trinta anos atrás... Experiência de escravatura. Porque era empregada doméstica, negra, fudida, na zona sul, trabalhando em Copacabana, garotinha analfabeta, menor de idade... E aí? Com é que fica? É muito difícil romper com isso... Como é que você vai achar... que uma vida é pouco pra romper com tanta história de opressão, entende? Então eu acho que se a gente consegue alguns ganhos nisso, a gente tá conseguindo tanto, tanto, tanto... Porquê... Begônia pra mim era um amor também, não é? A gente teve um amor tão grande... E eu acho que ela na vida dela, quando inclusive ela teve o derrame... A história de afasia, dificuldade de falar e tudo isso. Uma dor, uma dor, uma dor... ver a Begônia daquele jeito e tal. E ela que tinha sido uma pessoa tão atuante no grupo, se colocou tanto e tal ... Mas aí você olha a neta da Begônia... Quanto que será que o Grupo de Mulheres influenciou a história daquela menina? Não é? Aquela menina, com aquela força, com aquela energia de trabalhar... Quanto será que o grupo trouxe pra aquela família, de independência, de auto-estima?

CAPUCHINHA

É uma senhora de sessenta e oito anos e vive com o marido e dois filhos adultos em uma pequena casa de alvenaria na comunidade de Vila Canoas, próxima ao posto de saúde. Tem também outros filhos, que residem na comunidade, com exceção de uma, que vive em Minas Gerais. Refere-se a essa que mora distante com muita saudade.

É alegre, introvertida, mas gosta de participar das atividades da igreja católica local, ajudando as pessoas da comunidade. É uma pessoa de poucas palavras, porém, quando fala, transmite sua sabedoria, por isso, é muito respeitada e querida no grupo.

Sentada em sua casa, na sala, senti-me acolhida por Capuchinha, que relatou como era sua vida antes e depois do Grupo Sol e, também, como o grupo tem ajudado no fortalecimento de sua auto-estima. Sem medo de se expressar, revelou-me seus sentimentos e me contou a seguinte história:

Tenho 68 anos, 7 filhos, 5 netos, e sou casada há 51 anos.

Comecei a participar do grupo quando acabou o posto de saúde, da paróquia de São Conrado. A Gema chegou aqui e a Genistra e a Gérbera andaram de porta em porta, recolhendo os nomes de quem queria participar do grupo. E então eu dei o meu nome. Acho que o meu nome foi logo um dos primeiros. Eu já conhecia a Gema, de quando ela trabalhou no posto, como médica, fazendo grupo de amamentação. Eu lembro que na época que minha neta nasceu ela ajudou muito a Alfazema, minha filha, lá. Eu já sabia que o grupo ia ser uma coisa boa. E como foi de fato. E pra mim foi muito bom. Eu até hoje tenho saudades. Aprendi muitas coisas. Ainda penso assim. Hoje mesmo me lembrei de você, quando falei a frase “Deixa a abóbora alastrar...”, que falei pra você no grupo e você perguntou: o que é isso?. Tem aquelas coisas que a gente lembra desse grupo, da Gema... Eu tenho saudades das pessoas. Algumas já não estão mais aqui com a gente. Lembro dos remédios que a gente fazia. Muito bom o nosso grupo...

Depois disso a Gema participou também do grupo de Alanon, que também foi muito bom. Porque tem muita coisa que, não adianta, a gente sozinha a gente não aprende não. Eu sou uma pessoa que leio muito. Diariamente eu estou com um livro, lendo. Mas a gente sozinha, a gente não é capaz de aprender nada. Tudo o que agente aprende é em grupo, é com o outro, com as pessoas... É assim com vocês... Que tão sempre dando boas instruções pra gente. Eu acho que isso é muito importante pra gente. Porque hoje, graças a Deus, eu tenho mais experiência das coisas...

E também o que eu achei importante do grupo é que mesmo aqui dentro da comunidade, a gente mal conhece as pessoas. Às vezes nem pelo nome. A gente conhece assim um pouco, sabe até às vezes onde mora. Mas a gente só passa a conhecer melhor depois desse grupo. Porque aí a gente se entrosa melhor com aquela pessoa, conversa com aquela pessoa... Até pra gente viver aqui na comunidade esse grupo aqui foi bom. Desse grupo pra cá a gente passou a conhecer melhor as pessoas, a fazer mais amizades. Porque a gente só faz amizade quando a gente começa a conversar. Só assim. Quando você encontra com a pessoa na comunidade, você até pode dizer bom dia, boa tarde, boa noite. Mas você não conversa

com aquela pessoa, você não sabe nada sobre aquela pessoa. Muitas das vezes, a Gema resolvia muita coisa assim: aconselhava as pessoas que estavam com problemas. Acho essa parte muito importante mesmo. Porque se a pessoa fica em casa, fica mais difícil. E ali a gente já tem aquele espaço pra conversar mesmo. Foi pena que acabou. Podia ter até hoje. Esse grupo foi uma coisa que eu participei do começo ao final. Só me afastei naquele tempo que não podia andar (por motivo de doença). Mas engraçado e triste é que um dia eu cheguei do médico e tinha um colosso de coisa na rua. Eu pensei: “Que bom que está chegando coisa nova pro nosso grupo...” E ele estava saindo, não é? E ninguém me contou. Ninguém quis me contar. Eu fiquei alegre achando que estava chegando coisa. Aí quando eu cheguei aqui, a Alfazema chegou e eu comentei pra ela: “Ah, Alfazema, chegou coisa nova pro nosso grupo?” Ela falou assim: “Ah, mãe... o grupo tá saindo”. E Eu falei: “Pra onde?” - “Lá pra Agave”. Foi quando foi pra Agave. A minha nora falou assim: - “Ah, eu não quis contar pra senhora não...” Porque a gente já doente... Porque lá em cima, eu sabia que eu não ia poder, como eu não podia... Depois, a Gema passou a me levar.

Quando eu fiquei doente, tive muito apoio do grupo, porque naquela época meu marido trabalhava e minha nora também. E aí a turma toda vinha pra cá quando terminava o grupo. Então, foi muito importante pra mim. Que elas chegavam aqui, eu conversava, não é? A Vera falava assim: - “É bom porque quando elas vêm aqui mamãe interte”. Foi muito legal. E no tempo que eu tava no hospital também ia todo mundo lá... Jovana, Tulipa... a turma toda. E aqui em casa toda semana elas vinham. Duas vezes na semana elas vinham aqui.

O grupo na minha vida foi que primeiro eu achava que eu não tinha espaço pra mim. Eu achava que a minha vida era só trabalhar, aqui dentro de casa, trabalhar, trabalhar, trabalhar... Uma época que ali ainda era de madeira. Vinham as senhoras da igreja, tinha círculos bíblicos, tinha reuniões ali e eu nunca tinha tempo de participar. Até que chegou um dia que eu falei assim: - “Eu vou deixar tudo e vou seguir alguma coisa que não seja só trabalho”. Sempre eu ia... eu secava roupa lá em cima, na laje lá em cima. Quando eu ia pegar roupa, elas tavam lá. Tava uma porção de gente lá e eu nunca achava hora pra ir. Então eu achei importante também porque eu achei aquele espaço. Aí eu fazia tudo e dizia: - “Não. Quarta-feira é sagrado.” E eu acostumei a ter aquele espaço. Podia ta desabando o mundo que eu ia pra lá. E também a Gema me ensinou muito também a dizer não. Eu não sabia nunca dizer não. Eu misturava toda. Mas eu aprendi a dizer: - “Não. Agora não.” Mesma coisa ali na igreja, às vezes: - “Ah, tá chovendo. Tá, não é? Mas eu vou”. (risos...) É. Aprendi. Ano retrasado teve um auto da paixão (de Cristo) lá na praia (de São Conrado). Vai fazer dois anos. Uma chuva, menina, mas uma chuva, que a enxurrada pulava nessa rua abaixo... - “E eu vou”. - “Ah, vai? Tá chovendo!” - “Mas eu vou”. Fui. Fui ver. Ah, cheguei lá o rapaz lá da barraca arrumou um cantinho pra mim lá, embaixo da barraca. Secou uma cadeira lá que tava toda molhada. Ele secou pra mim. Porque a não ser que seja assim, você fica ali. Se você não aprender a fazer isso, se eu não aprendesse, eu ia ser assim toda a vida, até morrer. Agora não. Agora aprendi. E parece que quando a gente fica só dentro de casa a morte chega até mais depressa ainda. (risos...) Eu falo aí, boba. E aí, com esse grupo aí, chegava aquele dia de quarta-feira... Era de 9 às 11, não é? Sempre, não é? Depois passou pra cá. Tinha o “Conversando que se entende”, na sexta-feira, que eu também participei. Tinha o grupo na quinta-feira. Também eu participava. Foi até acabar eu participei. E agora a gente ia lá pro Centro Rinaldo De Lamare (da Prefeitura), pro “Conversando que se entende”. Lá também de vez em quando eles dão um passeio pra gente. Eu já fui lá duas vezes, uma vez pra ver filme e outra vez pro “Conversando que se entende”. E a gente pode ir a hora que a gente quiser. Eles vêm buscar aqui. Segunda-feira eles vieram. Mas acontece, que quando eles chegaram aqui a gente já tava molhada. A chuva veio assim, ó. E a gente com um guarda-chuva só. Aí nós voltamos, porque tava molhadinho. A roupa já tava toda imunda. Desceu aquela água preta... E ontem era pra gente ir, mas eu não fui.

Então era assim, eu não achava hora. Eu aprendi isso no grupo lá da Gema— o Grupo de Mulheres - a me organizar melhor e a dizer não. A saber o que eu quero e o que é bom pra mim. O serviço da gente em casa é uma coisa só, todo o dia, toda hora, não é? Não acaba

nunca, não é? Então a gente tem que fazer assim...sair, e ver umas coisas diferentes pra passar melhor a velhice, mais fácil.(risos...)

As pessoas que vinham visitar o grupo, até isso eu lembro. Uma vez vieram umas lá do México, parteiras. Guadalupe e a outra era a Naoli. E de vez em quando aparecia, não é, as visitas, não é, que gente não esquece também. Tudo isso, não é? Eles contam as coisas pra gente, lá de fora, não é? Às vezes a gente entende, às vezes não(risos) É. Às vezes muita coisa a Gema transmitia pra gente, ou você mesmo. Porque você também é uma pessoa que a gente conhece há muito tempo. Então eu pra mim aquele grupo foi muito bom. E se ainda tivesse continuado, até hoje, eu taria lá. Porque a gente tem aquela hora de... É mesmo que, assim, um recreio. Você vai estudando e aí tem aquela hora do recreio, não é? Pra mim eu comparava assim. Você vai trabalhando, trabalhando... chega naquele dia da semana...

- “Ah! Hoje é o grupo!” E era bom.

A Gema tem um jeito de trabalhar muito bom. Ela dava muita atenção pra gente. O que a gente não sabia, ela fazia questão de dar aquilo tudo escritinho, tim-tim por tim-tim, tudo explicadinho. Eu tenho coisas aí que ela escreveu. Eu tenho pastas e mais pastas aí. Então eu achava muito importante. Ela não importava de perder tempo escrevendo aquilo... Fazia aquelas coisinhas assim, indicando, assim, tudo direitinho...tudo certinho pra gente. Aquelas coisinhas que ela recortava: é olho, era chave (risos), a garrafa.

Se você fala uma coisa que ela não concorda, ela te ensina você, pra mim. Porque às vezes a gente fala uma coisa que ela não concorda, não é mesmo? Então ele ensina pra gente:

-“Não. Assim, assim, assim”. Então eu acho isso um lado bom, não é? E a Gema, na época que a Natália nasceu, que ele já trabalhava aqui, pôxa, ela deu muita força pra Alfazema, pra ensinar a Alfazema, como que... porque a Alfazema tinha muito problema quando a filha nasceu. Então ela ia pra lá, quer dizer, isso não é qualquer um que faz isso não. Eu não vejo. Assim... por parte assim de médico, assim, a pessoa chegar na casa e ensinar assim, assim, assim. Não. É difícil. A não ser assim igual a você, que já tem intimidade, não é? Com a Alfazema, que já são amigas, fora de tudo, não é? Já tem amizade. É difícil, não é? Eu acho a Gema muito legal nessa parte aí, de ensinar. E uma coisa que a gente tinha dúvida, ela sempre tinha uma solução, não é? Sempre pra ela tinha uma solução pra um caso que a gente tinha dúvida, como que devia ser. Ela sempre falava pra gente. Ah, olha, tem muita coisa que eu esqueço. Assim, um momento, assim...que eu quero falar... eu esqueço. Mas eu lembro muita coisa que eu aprendi com a Gema que foi muito bom pra mim. Muito. Não só na parte de saúde, como de vida, assim, na vida da gente, o dia a dia. Foi muito importante pra mim. Porque a Gema, ela... assim...a vivência dela já é... uma coisa assim... que ela tem muita coisa pra ensinar a gente, fora a parte dela de médica, não é? Mesmo na vida dela, ela já teve muita coisa pra ela passar pra gente.

O grupo me ajudou na relação com meus filhos. Os filhos não são iguais. E o grupo me ajudou muito nessa parte também, na comunicação com eles. Nesse ponto eles são uns filhos muito chegados a mim, tão sempre junto. Eles chegam assim de noite, vêm aqui em casa. Se eu estou deitada por aqui, eles vêm aqui. Quer dizer, não são aqueles filhos desligados, não.

Tem sessenta e nove anos e é empregada doméstica aposentada. Tem três filhos, cinco netos e duas bisnetas.

Conheci a Gema na época que eu trabalhava. Muito convite, muita insistência e eu apareci no grupo. Sempre mal-humorada, estranha... a Gema conversando comigo... as meninas falando comigo... depois eu me abri. Fui me abrindo, me abrindo... A Gema trabalhando isso e tal, de... Perguntou por quê eu era assim. Eu disse: - Ah, porque eu tenho uma vida muito presa. Eu estou aqui, mas estou correndo, porque tem que fazer almoço, dar almoço... e isso me deixa muito irritada. Negócio de casa dos outros, só sendo mandada... eu não agüento mais isso. Mas vou levar, porque eu quero me aposentar. Daí, eu quero me aposentar. Não quero mais ir para outro lugar. Mas a Gema conversava muito comigo sobre esse respeito. Me dava muito conselho. Eu adoro ela. Eu acho uma pessoa maravilhosa. Uma pessoa paciente, insistente. Ali, nas coisas que ela queria botar no eixo. E consegui. E quando ela viu o meu sorriso, disse: - Até que eu consegui. É isso o que eu queria com você. Você agora está outra. Você fala. Você antigamente não falava. Você já chega aqui cantando. E todo mundo bate palma pra você, sente sua falta. Então foi aí que eu comecei tomar "tenência" que eu era gente. Até então, eu não me dava como gente. Eu achava que eu era uma máquina só de trabalho. E nunca fiquei assim em grupo. O grupo que me ensinou a viver. O grupo. Esse grupo. Esse grupo Girassol que me ensinou a viver, a ser gente, a sair da fossa que eu vivia e ser aquela pessoa. Me modificaram. Fui me modificando e hoje eu continuo mudada. Mas a Gema deu uma incumbência pra mim mais a Agave de a gente apanhar latinha pra ajudar no material de limpeza, que o negócio já tava ficando difícil. A gente acordava cinco horas, saía. Eu tinha o maior prazer. Eu enfiava um saco plástico na mão, me metia naqueles vasilhames, catando latinha... Ela dizia: - Ah... Quem der mais latinha vai ganhar uma taça que nós vamos fazer.

Ver, quem corre mais, não é? Aí, ficamos naquele pique. Era muito bom. Vendíamos as latinhas na Rocinha. Amassava tudo e um pessoal levava. Às vezes o Caramelo (filho da Agave) levava e dava o dinheiro pra ela. O Caramelo mesmo levou muitas vezes, indo pra lá trabalhar.

Ela (a Gema) é uma criatura de fibra, enérgica. Gosta de ... ela gosta do que faz. Ela ama o que faz. É uma pessoa muito dedicada. Se dedicava muito à gente, se preocupava com a gente. Ela podia arrancar dela, dar pra gente, em palavras, em conversa. Isso ela fazia. A gente quando tinha aniversário, a gente fazia aniversário e tinha aquela recepção, de cantar parabéns uma pra outra. Dizia... a gente tinha que contar o que tava mais... o problema do dia. O que que aconteceu com você hoje, que você está meio amarga, não estou te achando bem... a gente tinha... Ah, eu estou aborrecida por isso. Eu queria sair e a patroa fez cara feia, não tava vendo nada nesse grupo, não sei o quê... Mas mesmo assim vai. Conversa com ela que você vem pra essa reunião que é muito bom pra você aqui se fala de tudo, aqui tem as amigas, cada um conta a sua história, você sai outra pessoa. Mas ela foi vendo isso e começou a me liberar. Que era uma barra para mim sair pra ir pro grupo ou ir pra médico... uma parada! Eu trabalhava aqui perto, aqui do lado. Ela dizia que eu andava até de comum acordo com o Dr. Lírio para ele me dar atestado pra dois, três dias eu ficar de repouso. E não ficava. Continuava trabalhando. E ainda falava assim: - E a comida?

Primeiro era a comida e depois eu. Aí eu ficava muito injuriada. Mas lá que eu fui aprendendo a aturar essas coisas. Foi lá. Foi lá que eu aprendi a aturar. Eu via cada caso

que eu dizia assim: - Esse? Bom... o meu não é tão ruim. O meu eu posso ir tirando ao meu jeito. Ah, eu cantava, dava risada... mas era uma alegria muito grande quando eu chegava. E eu fui me regenerando, me reeducando, porque eu não sabia sorrir. Tinha a ginástica da praia. Eu era muito gaiata. Quando cantávamos “Melhorando tudo, melhorando todos” eu era a que cantava mais, que fazia mais palhaçada. Enfim, foi muito bom pra mim. Depois a Gema fez um negócio de coberta de taco pra cada um fazer o seu pedaço da colcha. Cada um botava seu nome. Nem sei que fim levou essa colcha. A gente fez aquilo com o maior prazer, como maior carinho. Cada um dando de si. E depois o grupo foi se dispensando. Um não ia, outro não ia, porque ia fazer, ia não sei pra onde, ia mudar não sei pra onde, lá pra longe. Foi dispensando o grupo. E foi ficando pouca gente. Até eu ainda, mesmo com duas ou três pessoas eu ainda ia... Ela falando: Eu estou achando que vocês estão me abandonando.

Não, não. Nós estamos aqui. Nós estamos com você.

Aí fez aquela horta pra dar um incentivo. Horta no telhado, na laje. Todo mundo arrumando resto de comida, folha, carregando, botando lá. Ela naquela animação com a Mandacarú. Ensinou a gente como era que fazia pra apodrecer aquelas coisas. Quando dava uma folhinha, uma galhinho, era aquela alegria. Até chamou o Márcio Gomes que ele foi filmar a gente lá. Ele é uma pessoa muito simpático ele. Ficou todo empolgado com a nossa horta todo mundo falou alguma coisa e foi muito bom, muito bom.

Eu só deixei o grupo quando ele acabou. Quando o padre disse que a casa não podia mais ser usada, que tinha que desocupar. Depois passou para a casa da Tulipa. Depois ficou lá naquele buraco lá onde hoje recebe carta. E aí eu não fui mais. Lá na Casa do Girassol era ótimo. Tinha banheiro, tudo direitinho, tudo limpinho. Aquela coisa ali, aquele buraco, aquele beco. Fiquei um pouco sentido com o padre. Porque ali que a gente se encontrava. Era ali que nós despencava a nossa dor, a nossa angústia. Era ali naquela reunião. Cada um dizia o que tava sentindo. E era tudo escrito. Tudo ali bonitinho. Depois ele deu aquele.... disse que não podia mais pagar, que precisava daquilo ali... Que tinha que desocupar. A Gema ficou muito sentida. A gente também ficou. . Tinha que acabar. Tinha que ver pra onde a gente ia. E aí, acabou ali e não fomos pra lugar nenhum. Não fui pra casa de ninguém. Não fui pra casa da Tulipa.

A Unibiótica também me fez muito bem mesmo. Eu não perdia. Eu descia, andava, ia pra lá e pra cá. Depois me encontrava com ela, fazia a unibiótica e depois subia de novo. Às vezes ela trazia a gente de carro, me levava até o condomínio. Chegava feliz da vida. Num instante fazia minhas coisas. Fazia num instante. Num instante eu me desenvolvia. Mas quando foi acabando... O que que eu vou fazer da minha vida? Subir e descer pra fazer a ginástica. Andar pra lá e pra cá e vim pra cá.

Depois participei de um outro grupo feito pelo CEMASI, o “Conversando que se entende”. Que a mulher só falava besteira. A mulher vinha de Niterói falar da vida dela. Não dava uma coisa pra fazer. Não dava um sentido de coisa nenhuma pra gente. E ainda deu diploma. Agora de quê eu não sei. Não sei que diploma foi aquele que ela deu para Sr. Jessé e mais Dona Capuchinha. Não sei. Eles deram assim enrolado o diploma e a gente não sabe o que que estava escrito. Não tinha nada. A gente ia lá e ficando um olhando para cara do outro e ela só falava besteira da vida dela. Eu perguntava: que negócio é esse? Isso que é bate-língua. Era muito diferente do grupo de mulheres. Muito, muito, muito... Não tinha lógica, não tinha cabimento aquele negócio. Depois dava o lanche e pronto. Não ganhamos nada com isso, a não ser o lanche. Depois foi mudando, mudando. Uma não ia, ela não ia. Depois entrava outra, mais sem graça ainda, mais sem sal. Foi indo, foi indo e acabou.

Sobre o Grupo de Mulheres, não tinha lógica. A gente não se encontrou nessa caminhada de muda-muda. Nós não nos encontramos. Tinha tudo ali. Tudo, tudo. A cartela, os assentos da gente... tudo certo. O fichário pra anotar as coisas, o bazar, a escada pra a gente ver nossa plantaçao lá em cima. Ela enfiou os alfinetes na colcha de retalhos. Tudo ali. A gente ia se pesar ali naquela outra salinha. Tudo ali, certinho. Tinha uma cama, um maca, uma coisa, sei lá. Tudo direitinho, tudo no seu devido lugar, tudo limpinho. E depois a gente ficou andando pra lá e pra cá. Eu não me encontrei mais. A gente perdeu. A nossa identidade perdemos,

porque ficou mudando de casa. Como é que a gente ia ficar mudando? Deu uma enchente mudou, deu uma enchente mudou...

A Gema é uma pessoa que mora aqui, no meu coração... Eu não esqueço dela. Eu olho assim e eu estou vendo ela... aquele jeitinho... aquela meiguice que ela tem...

Ela é muito diferente dos outros profissionais de saúde que encontro por aí. O carinho, a atenção, o jeito dela ser, o jeito de ela ser amável com as pessoas. A Gema é muito amável com a gente. Ela não tem nenhuma besteira com ela. Ela pega, ela tem aquele carinho, uma coisa muito especial que ela tem. Ela não fica distante, ela chega junto. Isso eu apreciava nela. Preto, branco, amarelo, cor-de-rosa, todo mundo ela beijava. Ela ainda falava assim: - Quando a gente encontra, a gente se encosta. Encosta assim o peito com peito pra se aconchegar, sentir aquele aconchego.

Eu ficava assim meio de longe. Ela falava: - Não, encosta em mim. Sente.

Ela é muito diferente. É muito atenciosa. Ela tem um cuidado com cada um. Com cada uma da gente ela tratava bem. Ela não tinha essa besteira porque uma tava de chinelo, com o pé inchado, não. Era tudo igual.

Ela é muito diferente. Os outros falam assim: _ O que que você sente?

Ora, se a gente soubesse o que a gente tinha a gente não ia procurar eles.

O que que você está sentindo? O que que você tem? Onde é a dor?

Dr. Lírio é diferente. Dr. Lírio é uma pessoa excelente também. Ele é muito atencioso com a gente. Eu senti muito a saída dele. Não tinha besteira. Levantava, mandava deitar, examinava. Mas, esses outros aí... não querer encostar na gente, achando que essa cor pega, a pobreza pega. Tem medo da cor, tem medo da pobreza. Acha que isso aqui pega. Não pega. Eu nem, vou pra praia, porque sei que onde é que vou queimar; se isso aqui não sai, já é meu, já eu trouxe de berço. Eu fico assim me perguntando... E quantas vezes a gente escolhe o lugar pra não sentar perto de uma pessoa escura num condução? Quantas? Ficar na minha... Mas que eu sinto aqui, sinto. A pessoa que não se distancia a gente sente até no olhar, no falar. A Gema e o Dr. Lírio não tinham isso não. Qualquer lugar, de qualquer jeito ela falava, vinha, beijava, abraçava a gente. Ele também. A pouco tempo ele teve aqui. Não mudou nada. Uma bela pessoa. Muito atencioso. Deu o endereço que ele está em Copacabana para a gente. Está trabalhando particular. Ele disse: _ Quando vocês fizerem um cozido me chamem que eu vou aí. Eu passei aqui para ver vocês.

Assim a Gema. Tem coisas aqui que eu digo: E a Gema? Vou convidar. Mas ela com essa vida de parteira... Sinto muita falta dela.

Sei que ela gosta muito do sabonete da Natura. Quando eu dava assim, pra ela, parecia que eu estava dando um presente pra ela.

_ Ah! Mas eu adoro esse cheirinho...! Muito obrigada! Obrigada! Eu gosto muito de você de verdade.

Eu digo: _ Eu sei, eu sei.

A minha patroa me deu uma roupa que sabia que eu não ia usar aquilo, porque eu era magrinha. Eu disse: _ Gema, você se incomoda?

_ De jeito nenhum. Você vai ver eu aqui vestida com isso.

E aquilo me deu uma emoção muito grande quando eu vi ela vestida com duas peças que eu dei a ela, que eu sabia que não ia usar isso. E ela coisa boa. E eu perguntei: Você aceita Gema? Você vai ver eu vim aqui. E foi. Aquilo mexeu comigo. Ela não é metida não.

A minha vida depois do grupo, continuou. Mesmo levando umas em cheio mesmo. Porque não tinha mesmo o grupo, pra eu ir lá me desaparecer. Continuei, não é? Abordada pelos aborrecimentos, pelas "encheção de saco". Até o dia que eu recebi a papelada pra me aposentar. Aí eu dei muito pulo, dei muito grito. No dia que eu assinei o papel da aposentadoria, comecei lá no meu quintal: _ Eu consegui. Obrigada meu Deus! Obrigada meu Deus! Eu estava presa numa gaiola e agora ganhei a liberdade. Agora não vou ser mais mandada. Eu agora vou me mandar. Não vou ser mais governada por ninguém. Eu que me governo. Eu vou onde eu quero e faço o que eu quero. Fiquei muito feliz. Agradei muito a deus. Cheguei no meio da rua e comecei a rodar. Obrigada meu Deus! Eu estava presa e agora eu ganhei a liberdade. Era de quinze em quinze dias a saída, não vi neto nascer, não vi

filha terminar o resguardo...Tenho três filhos.Todos casados. Todos cada um na sua casa.Tenho cinco netos. Essa é a menor. E tenho duas bisnetas. Consegui alcançar. Achava que não ia alcançar, mas consegui. Sou uma mulher muito feliz. Não tive problema de vício com meus filhos.

É idosa, viúva, “dona de casa”, tem 73 anos e mora perto de dois dos filhos e de três netos. É alegre, está sempre disponível para ajudar, com um largo sorriso no rosto, mas revelou ter dificuldade para falar de si, dos seus problemas, das suas inquietações.

Frequenta regularmente o PSF, pois é portadora de doença crônica, hipertensão, mas esse fato não a impossibilita de participar de inúmeras atividades.

É introvertida, trabalhadora, participa do grupo desde sua fundação.

Ela revelou-me sua história com o Grupo Sol no seguinte relato:

Moro em São Conrado desde que tinha 14 anos. Meu marido era funcionário do Gávea Golf Clube. Ele faleceu em janeiro de 2000, já aposentado. Se aposentou com 35 anos...

Eu comecei no Grupo de Mulheres desde o comecinho que a Cláudia começou a fazer. Foi muito bom.

Foi um aprendizado muito bom. Muitas coisas eu aprendi com ela, com o grupo. Começamos com uma horta de plantas para fazer medicamentos e algumas verduras no telhado da capela. Tínhamos tudo plantado em caixotes. Depois fizemos um minhocário para fazer húmus pra colocar nas plantas. E foi muito bom. Tínhamos para fazer o peso, quem ta muito gordo, muitas pessoas tavam acima do peso... Aí ela sempre explicava a dieta de emagrecimento. Tinha o peso, toda semana... o que mais? E aprendemos assim coisas, como lidar com as crianças, com a casa, com a família, enfim, foi muito bom. Tínhamos também a ginástica que fazia na praia, a Unibiótica, com a Sueli. Ela ensinou com a Sueli também a fazer uns sucos de clorofila, íamos na horta, lá no Via Parque, organizava o grupo. A gente ia pra lá fazer aquelas comidas, fazer aqueles legumes crus. Cada um fazia seu prato, aí trocava, um dava pro outro. E era assim... muito bom, muito bom mesmo. Foi uma pena que terminou logo, dez anos depois. E aí foi se afastando todo mundo, aí quase que praticamente terminou.

Teve uma outra época que o pessoal estava querendo fazer uma horta aqui em cima, mas não deu certo. Tinha até visto o terreno e tudo. Mas o pessoal acho que não aceitou. Aí não conseguimos fazer a horta. Com os sucos que a gente usava, couve, várias coisas. Lá no Via Parque, a horta era imensa, tinha tudo. A gente colhia lá mesmo: beterraba, pepino, quiabo... Tinha tudo quanto era tipo de legume. Até, uma época, deram pra gente um cartão pra pegar legumes lá; uma vez por semana ia pegar. Tínhamos a ficha. Eu nunca cheguei a pegar nada. Minha vida era diferente na época que fazia parte do grupo. Era a alimentação, o que era bom pra saúde. Minha alimentação era diferente naquela época. A gente passou a comer mais legumes, não se comia quase. Era feijão, arroz... E, é isso. Sentia muita diferença. Pra lidar mesmo com as crianças, com os netos, com os filhos... Isso entrou tudo... uma transformação muito boa. Uma diferença muito grande. Por exemplo, a alimentação, o jeito de cuidar, de falar, de fazer as coisas como deveriam ser feitas... E que a gente fazia tudo ao contrário. E assim... No grupo a gente conversava muito sobre tudo, sobre a família, sobre tudo... o meio de vida... Nas reuniões sempre era com conversações, e falávamos o que que era pra fazer, e negócio do lixo, da reciclagem... Teve aulas de aproveitamento de pet, fazer vassoura. Aproveitava pra não ficar poluindo o meio-ambiente. Muita coisa, muita coisa mesmo a gente aprendeu com ela, com esse grupo.

A minha vida sem o grupo ficou na estaca zero. É... Porque acabou... O grupo era muito bom, muito bom... O grupo ia à praia, fazia unibiótica... A gente vinha pro posto, conversava, a

gente ajudávamos catar latinhas pra vender pra poder ajudar o grupo que precisava muita coisa e não tinha. Eu e Elenita éramos as catadoras de lata. A gente vendia e entregava pra Gema para comprar as coisas que precisava: papel higiênico, coisas pro próprio grupo, que usava lá, desinfetante pra fazer limpeza... Então é isso.

Minha vida era mais ativa naquela época. Eu levantava cedo, fazia ginástica, catava lata de madrugada...(risos). O grupo me animava... A gente sabia que tinha aquele compromisso.

Sobre a Gema, cada bebê que nascia ela vinha, visitava nas casas pra ensinar amamentação pras mães. Meus netos todos passaram pela mão da Gema, todos eles. Ela vinha ensinar como tinha que amamentar, como fazia. Via se tava tudo normal com os bebês... Então é isso. Esses moleque aí tudo passou na mão dela...

Ela como profissional de saúde é excelente. Ela é muito diferente dos médicos que encontramos nos postos de saúde. Ela é mais natural. Ela é diferente na atenção. Vê o que a pessoa realmente está precisando. Porque hoje em dia, não. Você chega, fala, ele só passa o remédio, nem importa. Nem encosta na gente, a não ser que vá medir uma pressão, mas tirando disso... o que que você tem, aí fala, fala, escreve lá e pronto. Ela não. Ela examinava. Ela é muito boa, muito boa. Ela fazia aquelas camisas do Grupo de Mulheres. Eu ainda tenho camisa dela, do grupo. Conforme a gente andava, se saía com aquelas camisas, alguém na rua perguntava: interessante, o que é isso? É o grupo de Mulheres de Vila Canoas, que nós temos com uma doutora, ela ensina muitas coisas e nós temos esse grupo e nós reunimos uma vez por semana pra fazer esse grupo. Por exemplo, os partos eram mais naturais. Hoje em dia é só cesárea, cesárea... não tem quase parto normal. E na época dela, não. Ela ia ensinando, dava também reuniões para as futuras mães, como elas iam fazer na gravidez, durante a gravidez, depois do parto, na amamentação, tudo isso. Era muito bom. Ela é muito boa. Muitas mães, que pegou com ela esses ensinamentos, eu acho que foi melhor pra elas e pros filhos, porque ninguém gostava de amamentar. Amamentava dois meses só e já queria tirar o peito. Com ela não. Ela sempre tem que se alimentar pelo leite materno. Até praticamente a criança querer largar... tirar o peito da criança antes do tempo, pra não ter que ficar amamentando, ficar mais livre... Eu acho que foi uma coisa muito importante, que muitas mães daqui aprenderam.

Na comunidade hoje não tem mais esse grupo de mães. Quando acabou isso eles passaram para o Alanon.

A nossa relação entre as mulheres na época era diferente. Conhecíamos umas às outras. Ah, fulana é do grupo, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo. E era sempre uma amizade assim... Cada um conhecia os problemas da outra e sempre tentavam ajudar, umas às outras. Isso era muito importante. Isso trazia mais solidariedade. A Althaea é fruto de uma amizade que veio do grupo. Nós já nos conhecíamos antes, mas no grupo é que nós nos entrosamos.

Tenho muita saudade do grupo. Se tivesse hoje de novo o grupo eu ia participar, sem pensar duas vezes. É muito importante. O grupo de mulheres que temos hoje na comunidade é totalmente diferente. É só pra aprender as coisa: bordado, crochê... tem ginástica... O outro grupo não. Era aprender a plantar, a cultivar, tudo em caixotes. Teve até uma reportagem da Globo "A horta no telhado", na lage da capela. Até morango agente colhia.

A Gema não estava aqui só no horário da reunião do grupo. Ficava mais. Podíamos encontrar ela outras horas também. Lá na Casa do Girassol tinha também outras coisas: tinha a balança, tinha instrumentos musicais, que a gente começou a aprender música, percussão... Só que não durou muito, pois o professor morreu logo também e aí acabou. Tinha muita coisa. Tinha bazar. Coisas que eram doações aí fazia aquele bazar pro pessoal comprar mais em conta as roupas. Também tinha os remédios que faziam, xarope, planta que colhia. Se fazia na casa da Tulipa. Vinha um entendido fazer as misturas, separava pra depois fazer as fórmulas. Isso tudo artesanal. Mas era muito bom. Ainda comprávamos o mel, pra fazer xarope.

Em relação ao término do grupo, o que faltava era ela. Ela que levava o grupo pra frente. Desde o momento que ela saiu, foi desmontando tudo. O padre ajudava com uma ajuda em dinheiro. Depois deixou, falou que não ia mais ajudar. Outra pessoa também parou. Aí não tinha como continuar.

Nessa horta do telhado tinha gente que implicava. Dizia que tava dando mosquito, não sei mais o quê. Que ficava perto de outras casas, de outras janelas... Mas era mais era implicância, sabe?

ALFAZEMA

Reside com o marido e a filha única, numa casa ampla e confortável. De meia idade, ocupa-se das tarefas do lar e do trabalho de Agente Comunitária de Saúde da equipe do PSF local. Estuda e ainda exerce outras atividades laborativas para obter uma renda extra. Ela demonstra gostar do que faz, porque está sempre em contato com as pessoas, visitando-as, acompanhando seu estado de saúde e cuidando delas.

Participa dos encontros do grupo desde sua fundação, freqüentando-os, com assiduidade, sempre sorrindo. Entrevistei-a num condomínio existente na área, que se parece com um clube. Ficamos sentadas numa mureta, num local muito agradável, repleto de árvores e plantas. Durante a conversa, Alfazema sorriu todo o tempo, demonstrando seu bom humor rotineiro. Numa atmosfera de confiança, ela contou sobre sua experiência no Grupo Sol:

Sou Alfazema, sou Agente Comunitária de Saúde, sou casada e tenho uma filha de 18 anos.

Minha experiência no grupo foi muito boa. Eu aprendi muita coisa, inclusive compreender as pessoas, que eu não sabia. Eu não sabia entender o que acontecia... Eu tinha raiva das pessoas às vezes e não entendia porque as pessoas eram assim. Isso me ajudou até pra mim mudar minha vida também. Nessa que eu aprendi a entender a cabeça dos outros, eu me libertei de muita coisa na minha vida pessoal. Sem contar que eu aprendi muita coisa de me cuidar, da natureza, muitas coisas alternativas e conviver melhor com as pessoas. E vi muitas gente que melhorou muito também no grupo. Foi o que mais me incentivou de participar desse grupo. Fiquei no grupo uns seis anos, mais ou menos, sabe. E ainda gosto dos grupos, mas só que atualmente eu não tô participando.

A Gema, ela tem um perfil que até muda a medicina, totalmente. E não é o saber atender como médica, dar remédio e tal... Ela sabe trabalhar com a comunidade. Compreender, conversar, sabe? Orientar também. Porque o médico pode ser o melhor profissional. Vai lá, atende, dá remédio, na boa. Mas ele tem que conhecer bastante o ser humano, inclusive o espaço que ele mora, não é? Conhecer o indivíduo completo. E ela tem esse perfil de conversar, de conhecer, não é? Conhecer, cara.

Mesmo sendo o Programa de Saúde da Família, nem todos os médicos têm o perfil pra trabalhar em comunidade. Porque não é você atender, você medicar. Não é só isso. É você compreender, e conversar. É saber a situação da pessoa. E pra pessoa te falar qual é o problema dele, ele tem que ter confiança em você, não é? Pra poder chegar e: -“Ah, minha família, tal, tal...”. O problema também é que ele não consegue ver o indivíduo total, a família... É que às vezes o problema todo da pessoa tá na situação que ele vive, de estresse, de família, de filho, de tal. E a Gema tem a capacidade de ver tudo isso... Conversando. De ver toda essa parte.

Eu vi muitas pessoas que tinham muito rancor, muito ódio, muita revolta. E foram mudando. A Althaea, por exemplo, ela tinha muito ódio, muita tristeza. E sempre doente e pressão alta e não se cuidava. Atualmente ela tem o maior cuidado com ela mesma. É totalmente diferente, tá entendendo? Tem assim muitos resultados bons. E que foi com a ajuda da Gema. A Liatris

aqui da comunidade mudou bem... Total, sabe? Começa a se valorizar mais, começa a dar mais valor. Porque às vezes a mulher pode ser o que for, melhor, mas se neguinho não dá valor tudo vai de água abaixo. Se ela não aprende por ele mesmo aí vira aquela coisa de repressão, remédio... E aí vai até... Fica difícil a situação. Que às vezes não é o remédio, é uma conversa. É o grupo, cada um contar sua experiência: -“Ah, eu faço assim... Ah, assim eu não faço porque não dá certo... Na minha casa funciona diferente...” Tudo isso ajuda muito pra pessoa mudar em si, se cuidar ... E não é só remédio. São situações em termos de pensar mais... tudo muda... Tudo fica...

O que fazia as pessoas mudarem eram os papos, as conversas, a terapia, as orientações. E também tinha o grupo de plantas que a pessoa trabalhava e aprendia também conversando... Uma troca de assuntos. E até a culinária mesmo, não é? Uma troca de experiência, de estar lá. Mas eu acho que o que funcionava mesmo era o papo. A pessoa chegava lá, tudo nervoso. Aí conversava, já saía de lá bem mais tranqüilo. Já sabia como agir. E é na verdade, é a Gema também, mas não só ela. É o grupo, é um conjunto, não é? É o grupo estando junto. Que talvez a Gema sozinha chegando lá, tá, tá, e... não. Outras idéias também ajuda muito, não é? Outras pessoas falarem. Isso muda muito a situação.

Eu antes de participar do grupo, era muito revoltada. Eu queria as coisas que eu queria, do meu jeito. Eu não pensava que pra mim ter aquilo, dependia dos outros também. Só que depois eu também aprendi a não depender dos outros. Eu querer e fazer. Eu tomar minhas decisões. Eu era incapaz de tomar minhas decisões porque achava que dependia dos outros querer... E aí eu aprendi que eu quero, eu vou fazer e acabou. Não quero saber mais quem vai ficar, quem vai. Quem quiser ir... Isso foi uma coisa que mudou e que eu aprendi com o grupo. A gente fica naquela, não é? Ah, vou fazer isso, mas vai chatear fulano, ciclano... Ah, isso eu não posso fazer... E na verdade você tem que fazer por você. Se não... Se não fica todo mundo na boa e você fica na braba, não é? Isso é uma coisa que mudou minha cabeça, muito. E sem contar outras coisas alternativas, remédio, é... me cuidar, passeio, exercício... Tudo isso me mudou muito minha cabeça.

Nas visitas domiciliares, com agente de saúde, eu sinto isso. Que muita gente parou de fazer as coisas que aprendeu com o grupo. Falta um incentivo, assim. Porque a pessoa sozinha também... ela tem que... não é? E aí ela... Muitas pessoas aqui pararam. Já tentamos retornar outros grupo, mas ainda não foi possível. E muita gente agora tá sem fazer nada... A vida deu uma caída. Você percebe pela quantidade de remédio. Tu vai vendo as pessoas deprimidas. Você vê que o remédio já aumenta... A postura também, não é? Tu já começa a perceber também que não é a mesma, não é? O grupo motiva a pessoa a manter os bons hábitos, a qualidade de vida. Que mesmo assim... Nós trabalhamos com grupo, mas não é aquela mesma coisa. Que é grupo de ginástica, de... não é aquele espaço pra pessoa chegar e conversar.

O que eu vejo de diferente nesse Grupo de Mulheres e os outros grupos que se criaram aqui é o incentivo da Gema. Porque a Gema, ela ia atrás das pessoas. Ela tinha num caderno tudo assim de presença. -“Ah! Esse aqui tem duas semanas que não vem. Vamos lá ver o que que houve.” É tipo uma visita domiciliar, sabe? Era não. É uma visita domiciliar! Então a pessoa sentia assim: -“Pô! Sentiu minha falta...” Se sentia uma pessoa especial. Porque às vezes a pessoa monta um grupo aqui, mas as pessoas não aparecem... E eles não se preocupam. É preocupação também com o indivíduo, sabe? Ela tinha essa coisa:-“ Fulano tá internado. Então eu vou no hospital...” Isso dava uma coisa especial, uma diferença. Porque os outros grupos não fizeram isso... Não tentaram assim... De todos os pacientes daqui que tiveram doentes, ou ganharam nenão em nessa época, a Gema visitava todos, não é? A Gema marcava a presença dela. Ela fazia um turno praticamente de grupo e um turno de visita. Então, pô , você tá participando de um grupo... cinco meses... tu tá doente e não aparece ninguém na tua casa, pô... É como se você não fez parte de nada, não é? É mesma coisa de tu ter um amigo, que tu fica doente e não aparece na tua casa, não liga, não telefona... Que amizade é essa? Não é amizade. Isso é que fazia diferença na Gema.

Ela se preocupava, tava sempre ali... E ela inventava as coisas... Tudo era motivo de festa. É natal, ano novo... Ah, não tem o presente? Vamo inventar! Era coisa legal, não é? -“Ah, vamo inventar uma salada de fruta pra comemorar a páscoa!”. Tudo pra ela era motivo de

vamos comemorar. Olha só, ninguém nunca manteve um grupo aqui mais de um ano. Ela conseguiu manter dez anos. Isso é muita coisa!!! Eu conheci Gema, quando a minha filha... quando eu estava grávida. Foi em noventa. Eu fiz parte do grupo da Gema de gestantes em 90. Eu participei do Grupo de Gestantes, participei do Grupo de Amamentação. E sabe, tive problema. Não podia amamentar. Mas a Gema tava sempre na minha casa. Se eu consegui amamentar um mês e pouco foi com a ajuda da Gema, tá entendendo? E ela tava sempre lá, sempre fazendo parte da vida da gente... Ninguém consegue manter um grupo tanto tempo assim, sabe? Porque chega uma hora que vai ficando assim aquela coisa... Dona de casa... Ah! Se não for uma coisa que chama a atenção, elas não vão. Porque tem casa pra cuidar, tem que trabalhar, tem que não sei o quê... tem filho pra cuidar. Às vezes também não quer ir... Porque vai fazer o quê lá? Não tem nada de interessante... Pra ir é porque a coisa tá interessante, não é? O que tornava as reuniões interessantes era o bate papo. Todo mês cantava o parabéns pra o aniversariante do mês, mesmo com bolinho de barro, não é? De cerâmica... A velinha comum mesmo, mas era isso aí que cativava as pessoas, não é? Tu tá dentro de casa, faz aniversário e ninguém nem lembra... E aí chega lá no posto, todo mundo cantando parabéns. Era sempre assim. Todo mês tinha isso aí. E os bate-papos, conselhos... Muita coisa legal assim que conseguiu segurar dez anos. E aí ela dava os conselhos... Também a gente... acabava uma se metendo na vida dela também... (risos...) E ela falava... e ouvia... E tudo ... E era tudo um círculo. Ela também abria a vida dela... Isso aí era coisa que... E a gente também falava da nossa vida... Era bem uma coisa... que unia, não é? E acho que esses grupos ainda não aprenderam a fazer (risos...) ...trabalhar em grupo. É muito difícil trabalhar com grupo. Eu vou te falar uma coisa, eu trabalho com grupo e tenho muita dificuldade. Principalmente o grupo de adolescente. Porque o adolescente é muito interesseiro, assim. A vida do adolescente é interesse, não é? Ele só faz o que dá vontade. Ninguém obriga ele a fazer nada e nem ele faz nada sem interesse. E geralmente a ajuda de custo, nem financeira, nem tipo assim um lanche, um cinema, nós conseguimos. É muito complicado você pegar um adolescente, sentar ele numa sala e ficar conversando... Conversando de que? Aí tu vai e passa um filme. Ou é um filme assim muito...sabe? Que vai interessar eles... Se não a gente fica lá com cara de idiota lá e eles vão embora na boa.... vão saindo. Eu já tive filme de começar com dez e acabar o filme e tá sem nada. Todo mundo vai embora. Essa é a dificuldade. E não tem condições. E não temos condições de fazer uma comemoração, nem de dar nada, nem de oferecer nada... Eu agora tô formando um grupo de artesanato, não é? E eu tô tendo dificuldade de arrumar gente pra isso. Estou tendo dificuldade pra montar esse grupo.... Porque realmente... É um das dificuldades que eu acho no PSF é fazer grupo. O Grupo de Mulheres me ajudou muito. Porque você não pode chegar e dar ordem. "Vamos falar disso". Não. Eles que tem que vim com o que eles quiserem falar, tá entendendo? Porque se você chegar num papo chato... Ninguém quer ouvir, não interessa. Isso eu aprendi com ela, a dar espaço pras pessoas falarem. Deixar assim em aberto. Foi uma coisa que me ajudou muito a fazer grupo. Mas mesmo assim eu ainda tenho a dificuldade de manter um grupo por muito tempo. No máximo são cinco, seis meses...eles começam a desaparecerem... Aí você tem que ir atrás, sabe? Aí... É bem... é bem complicado... Eu fiz um grupo de adolescentes que... Eu fiz o curso de nutrição. Aí eu fiz o grupo de adolescente. Fiz uma mesa lá com tudo o que eu aprendi da nutrição. Tinha até bastante adolescente. Uns dez ou quinze adolescentes mais ou menos. Mas aí depois não deu mais. Até pra comprar tudo é complicado. Não dá pra ficar comprando... A outra vez as meninas lá fizeram... Passaram filme com pipoca, refrigerante... Mas atualmente estamos sem fazer grupo de adolescente. Tem que ter uma montagem legal... Por enquanto tá parado. Um grupo que eu gosto, que dá certo é de diabético e hipertenso. Porque eles já fazem parte da consulta... Já tem aquela coisa de fazer o teste de glicemia, querem verificar a pressão e tal... Esses ainda dão certo. Vem bastante gente. Mas tipo grupo de adolescente e idoso, é bem complicado. É bem difícil de manter essa situação. Mesmo com a experiência da Gema. Geralmente é assim... Cada um escolhe o grupo que quer, que tem a ver com seu perfil. No caso eu tava fazendo grupo de Yoga. É muito bom também. Mas aí no final começou a complicar e eu não pude ir mais. E aí, eu estava sem fazer grupo nenhum... Era só ir um dia em um, um dia em outro. Mas fixo

estava sem nenhum. E agora pensei: vou começar o grupo de alongamento, que vai começar agora na Agave. E vou começar um grupo de artesanato. Pretendo montar. Porque eu gosto de artesanato e aqui tem uma terapeuta ocupacional que vai trabalhar comigo. Ela é da Prefeitura. Aí eu vou... vou montar de novo e vou ficar nesses grupos. Agora, cada um escolhe o grupo que quer, que acha que é mais periculado... assim... Tem uns grupos também na área de saúde, é... de gestantes, de diabéticos e tal... Quem faz a programação é... a enfermagem. A gente só participa, mas não é... Não é na nossa parte de coordenar. Porque também tem a parte de enfermagem também que entra, não é? Às vezes até do médico.

Lembro também do grupo os passeios... Os passeios também ajudam muito... Aqueles passeios gostosos... Muitas recordações boas Para eles era especial, o dia do passeio... Todo mundo acordar, saber que vai sair da comunidade que mora... Porque tem gente aqui que não sai também, não é? Se não fosse o grupo não saia nunca. Eu mesma só passei a ir ao teatro e ao cinema com o grupo. Eu saía, mas ia a outros lugares. Mas tinha gente que não ia a lugar nenhum... Passava a semana toda em casa. Lava, passa, cozinha, encera, costura e... nunca parou pra fazer nada, nem pensar em nada... Minha mãe era uma que não saía. Ela não saía pra lugar nenhum. Agora todo lugar que chama ela tá pronta pra ir. Chega uma hora que meu pai falou: -“É... esse grupinho da Gema tá... tá me deixando sem jantinha...” Agora ela sai... Aonde chama ela... Só se tiver muito cansada. Do contrário... Antes ela não sai pra lugar nenhum. Minha mãe nunca foi de sair de casa. E também com a ajuda da Gema muita gente aqui conseguiram amamentar. Uns nem faziam o pré-natal... Umhas mães nem faziam o pré-natal... Ela incentivava fazer. Se duvidasse ela até levava pra fazer. Isso é o que faz a diferença da medicina tradicional, não é? A gestante vai lá fazer o pré-natal, beleza, não é? Mas... Que o PSF também agora... O trabalho do PSF é esse, não é? É você... Ela fazia praticamente o trabalho do PSF...um pouco o trabalho do PSF. Visita domiciliar, etc. Contatar as gestantes, os hipertensos... E uns bate-papos também, orientações... Às vezes alguém queria conversar só com ela. Ela tinha um espaço pra isso, não é? Que tinha gente que não queria falar em grupo. E ela conseguia espaço pra conversar com a pessoa... Ou ir na casa... Ou lá mesmo na unidade...É isso aí... Ela nunca orientou ninguém a viver em briga, mas a tentar entender...tentar mudar, mas entender também a pessoa. Ter uma vida mais assim...Entender a coisa como um todo, inclusive a ela mesma, porque o problema era dela, não é? Até mesmo de patrão empregada...Tinha muita mulher que ia lá revoltada com o patrão... E ela conversava... Muitas orientações boas que ela deu lá que ajudou as pessoas. E era um grupo assim... Não eram só sempre as mesmas pessoas. Tinha sempre coisa diferente. Ela conseguia fazer uma parceria legal com outras pessoas de fora. Sempre tem um psicólogo, um pessoas também lá da Rio Hortas. Sempre tinha alguém que ajudava ela... Ela conseguia trazer alguém interessado em ficar com a gente. Chegou época de ter umas cinquenta pessoas cadastradas. Mas vinham ao mesmo tempo, umas vinte pessoas. Tinha também o grupo de controle de peso, que muita gente emagreceu e não engordou mais... Minha mãe não engordou mais. Como teve outras pessoas aqui: a Gravinha, a Lilac, etc... Ninguém engordou mais, desde que fizeram esse tratamento. Aquilo não foi bem um tratamento, porque não foi a base de remédios. Foi orientação alimentar, não é? Que vinha dos Vigilantes do peso. Porque aí se pesava, fazia aquele gráfico... Porque só de se pesar, você já tem a noção do que você tá fazendo demais, comendo demais... O que não pode fazer... Às vezes só de cortar a janta já muda, não é? Todo mundo tem o hábito desde pequenininho de comer e jantar, e tal... Só ela orientar no lugar da janta, comer uma salada ou tomar uma vitamina e tal... Eles já pega o hábito de não jantar. Aí não engorda mais, não é? Já diminui. E era, assim, muita gente... Tinha uma faixa de cinquenta pessoas, sendo que vinha sempre vinte, vinte e duas... Até eu emagreci, mas já engordei de novo... E vinha gente de fora também pra participar, que não era da comunidade: empregada doméstica, etc. Eu tento passar pra todo mundo que eu faço visitas esse hábito. Acho que as pessoas ficaram lá muito tempo, sempre na mesma coisa assim... aprende melhor. Você fica, fala uma coisinha, dá um toquezinho... -“Olha a dengue!” Agora você chega na casa de quem participou do grupo, você vê que já tem aquele cuidado. Você já não precisa tá falando. Já tem o cuidado da planta... Já tem... Você vê que a coisa ficou...A sementinha foi plantada e deu fruto. Pegou

legal. Agora já tem outros aqui que você pode passar a vida falando e tu não consegue nada (risos...) Você pode tentar ficar falando a vida inteira que é complicado... E isso é difícil! Mudar a cabeça das pessoas é difícil. No grupo tinha todos esses assuntos: saúde, higiene, culinária, tudo... plantas medicinais. Cada um vinha com um assunto e a gente conversava sobre aquele assunto, debatia e tal... Tá entendendo? Sempre vinha uma coisa diferente. Nunca era a mesma coisa. Alguém queria saber de alguma doença. E:-“Olha hoje eu não vou falar... Cada um vai chegar em casa e vai pesquisar e vai trazer.” E sempre alguém trazia uma resposta ou queria saber de alguma coisa...

Nas minhas relações familiares, eu achava que eu tinha obrigação de fazer certas coisas que eu não aceitava, tipo da casa. E agora eu entendo que eu não tenho(risos...). Eu não tenho obrigação. E isso foi muito bom. Porque eu sempre trabalhei. Então eu achava que eu tinha, de qualquer maneira, dar conta do trabalho, da casa... e bem! E agora não. Agora eu faço o que der. Eu não to fazendo porque não quero fazer. Eu trabalho e estudo... Alguma coisa vai ficar sem fazer... Então, o que é prioridade? Eu não posso parar de trabalhar, não quero parar de estudar. Então, a casa... cada um vai ter que se virar. Foi uma coisa que eu aprendi até pra minha filha mesmo. Ela é super independente. Ela não depende de mim vinte e quatro horas pra esquentar comida..., pra... Ela se vira. Eu tento dar e ela se vira pra resolver o resto. Isso é uma coisa... Eu me sentiria mal de chegar a hora de comida e eu não tá em casa pra servir, pra dar... Agora eu vejo que ela tem que aprender e ela já aprendeu, graças a Deus. Se depender dela ela se vira na boa. Faz a comida dela, se vira na boa. Ela resolve as questões dela. Lá na minha mãe, por exemplo, todo mundo era muito dependente da minha mãe. E eu achava que a vida era por aí. E não é, não é? Ninguém tem que depender de ninguém pra viver, não é? E isso me ajudou muito. Talvez eu não sei se eu teria conseguido sem o grupo...Hoje eu estaria com aquele sentimento de culpa... –“Ah! Horário de almoço...Eu não tô em casa...” Não tô em casa, eu sei que ninguém vai morrer porque eu não tô em casa... Todo mundo vai comer. Ninguém vai ficar lá no sufoco... Pena que acabou, não é? Acho que a Gema gostava muito do trabalho dela aqui. Só que nem sempre nós podemos fazer o que gosta. E a Gema não tinha ajuda pra fazer o que ela gosta. Então ela precisou procurar um jeito de sobreviver, não é? Era um trabalho bom, era. Mas ela não tinha renda, não tinha salário, não tinha nada... E aí, não tinha ajuda nenhuma e aí ela teve que procurar o caminho dela. Uma coisa é você gostar outra coisa é você fazer o que gosta. Eu gostaria de ta na praia. Mas eu não posso tá na praia dura (risos...). E aí, eu tenho que procurar um jeito de trabalhar. E é por aí... Uma pena!