

EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE: PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS EMERGENTES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

FLEURI, Reinaldo Matias – UFSC

GT: Educação Popular / n.06

Agência Financiadora: CNPq

*Aquilo que a lagarta chama de
Fim do mundo
O resto do mundo
Chama de borboleta.*
Lao-Tsé

Profissionais, estudantes, pesquisadoras e pesquisadores da área de saúde vêm problematizando a sua prática de formação profissional e desenvolvendo novas perspectivas, particularmente ligadas ao campo da inserção e da educação popular. Uma significativa amostragem destas questões e propostas foi constituída pelo levantamento de depoimentos¹ realizado no âmbito do movimento de educação popular em saúde. Tal problematização encontra eco no debate desenvolvido durante os últimos quinze anos pelo Grupo de Trabalho Educação Popular da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Educação. À luz de algumas concepções teóricas e epistemológicas que vêm sendo enunciadas neste *campo da educação popular*, o presente artigo pretende desenvolver uma reflexão crítica sobre os instigantes desafios expressos por estudantes e profissionais do *campo da saúde*.

Tomando como referência inicial alguns impasses identificados no processo de formação universitária em ciências da saúde, assim como em práticas profissionais pertinentes, focalizaremos a atual crise da ciência em geral, que requer o desenvolvimento de uma visão complexa da própria cientificidade. Verificaremos, em seguida, que práticas de extensão universitária no campo da educação popular em saúde, ao invés de servir meramente para atenuar e acobertar desigualdades sociais e assegurar a estabilidade do sistema econômico-político vigente, apresenta potencialidades de mudanças significativas na formação dos profissionais da saúde. A candente situação de miséria, de doença e o trágico encontro com a morte, afetam profundamente a subjetividade de estudantes e profissionais, instigando-os a criar novas estratégias de

¹ Foram analisados 47 textos, de 40 autores, de várias regiões do Brasil, ligados a diferentes áreas e níveis de formação no campo das ciências da saúde. Estes textos foram elaborados e sistematizados no âmbito do movimento Educação Popular em Saúde no decurso de 2004. Os textos, inéditos, por serem assinados por seus respectivos autores são aqui citados como fonte primária, salvaguardando os princípios da ética de pesquisa com seres humanos. Nesta versão do artigo, por respeito às normas de formatação e extensão gráfica dos trabalhos submetidos à apreciação do Comitê Científico da ANPEd, foi simplificado o método de citação de cada fonte, referindo-se apenas o nome e o último sobrenome do respectivo autor, assim como a indicação de sua área de atuação e de seu nível de formação.

cuidado do outro e de cuidado de si. Neste reencontro com o outro e consigo, agentes de saúde revalorizam o trabalho interdisciplinar e em equipe, qualificam politicamente sua prática profissional e ressignificam os saberes populares, redescobrimo a importância da afetividade e da espiritualidade nos processos de cura.

1. Impasses da formação em ciências da saúde

Estudantes de ciências da saúde relatam diferentes expectativas e surpresas ao realizarem seus respectivos cursos universitários. Entre as expectativas, manifestam o desejo de contribuir para curar as doenças.

Entretanto, a estudante de Medicina Fernanda Tomé salienta que a atividade intensa e dispersiva, a que os estudantes são submetidos, dificulta-lhes a reflexão sobre os sentidos de seu processo de formação. “Vamos seguindo os passos freneticamente, cambaleando e nos condicionando. Ficamos muito confusos em muitos momentos e nos perdemos de nossos objetivos”. Tal inquietação é indicada metaforicamente pelo estudante de enfermagem Raphael Guimarães. Revendo seu processo de formação universitária, considera que os estudantes de seu curso “foram tratados feito limões: foram selecionados, colhidos, cortados, espremidos, até ver que suco davam...”. E, como relata o estudante de Medicina Edney Vasconcelos, após o idílio altruísta dos primeiros períodos do curso de Medicina,

com o passar dos anos, parece que nos vamos “aprisionando” na grade curricular, nas provas estritamente teóricas, no pensamento cartesiano de separação do ser humano em partes para se entender o todo, nos diagnósticos, nos exames complementares e nos tratamentos.

Para muitos estudantes, principalmente os das classes populares, o ritmo de trabalho desgastante se deve em grande parte às limitações de caráter econômico, pois “estudar não é para pobre”, uma vez que “não basta gostar de estudar, é preciso ter dinheiro”². Mas, além disso, todos geralmente são submetidos a ritmos e processos de aprendizagem que supervalorizam a memorização de fórmulas, a competição entre estudantes e profissionais, a sujeição hierárquica, ao mesmo tempo em que o paciente, visto como objeto, é esquecido e desatendido³. Neste sentido, Lia Frota, estudante de

² Ana Guilhermina, assistente social, relata que, lutando em condições econômicas muito restritas, conseguiu realizar um curso universitário, inclusive graças à rede de apoio social que encontrou em sua família e comunidade. Tal experiência pessoal motivou, no exercício de sua profissão, seu comprometimento e sua particular atenção para com os sujeitos socialmente excluídos.

³ Os depoimentos de André Pereira e de Christiane Igarashi, estudantes de Medicina, manifestam um desabafo em que se evidencia o dilema em que os estudantes se encontram entre, de um lado, a preocupação com o estudo, provas e notas e, de outro lado, a atenção para com as pessoas dos pacientes com que se relacionam.

medicina, se pergunta por que, ao realizar seus estágios, “o estudante se coloca na frente do paciente sem enxergar nada: Será o hospital, o peso institucional que deforma as pessoas e as relações? Será nossa rotina de gado, o massacre da sala de aula, a impessoalidade da prática, nosso egoísmo? Talvez tudo junto!”.

Também profissionais da saúde, já formados e inseridos nas instituições de cuidado à saúde, referem experiências e impressões desconcertantes e desafiadoras.

Felix Albers, médico residente, expressa de modo metafórico suas perplexidades frente à rotina da prática médica. Imagina-se como “gigantesco inseto” ou como “Dom Quixote”, sentindo-se mais indefeso que os pacientes, “oprimido pelas doenças incuráveis, pelas seqüelas irreversíveis de vidas mal-vividas, pelo cheiro de morte nos corredores do hospital”. Mas um gesto simples de sincero agradecimento⁴, por parte de um de seus pacientes, desperta-o para o significado do paradoxo de sua prática médica:

É no lacônico e firme aperto de mão que opera a tal intervenção divina. (...) Estamos inseridos no eterno ciclo de alegrias e tragédias que é o nosso tempo e, apesar das dificuldades, devemos encarar esta missão com orgulho, como quixotes sonhadores e eternamente perplexos.

Tal como observa Eduardo Simon, residente de Medicina de Família e Comunidade, o estudo e o exercício da medicina propiciam o encontro com situações humanas profundamente angustiantes, como a morte⁵, o sofrimento, a miséria. “Não é preciso esforço para demonstrar que os sentimentos despertados pelo *encontro* com situações conflitantes são quase intoleráveis. Portanto, sempre temos a tendência de ocultá-los, fingir que não existem”. Este impacto ocorre já nos primeiros contatos com os cadáveres, nas aulas de anatomia e dissecação: “Os cadáveres da anatomia são transformados em objetos destituídos de humanidade, em bonecos colocados à disposição do ensino”. Exige-se do estudante que se extraia daquele corpo humano o maior número possível de informações. “Como ficar perdendo tempo – conclui o autor – divagando sobre a ‘humanidade do cadáver’, se temos que tentar decorar o nome, a inervação, a origem, inserção e função de todos os músculos da mão?”

⁴ Monique Moss, estudante de Medicina, relata que entre seus pacientes “sempre tinha aquele que, mesmo com baixas condições sócio-econômicas, fazia questão de levar um presente, mostrando que para ele, você era uma pessoa importante. Esse tipo de resposta compensava grande parte dos problemas enfrentados. No entanto, nenhuma resposta era mais satisfatória do que ver o paciente agradecido porque você mudou a vida dele em alguma forma”. Da mesma forma, para Rebeca Guedes, estudante de enfermagem, o gesto de gratidão de um ancião, por “tratá-lo da maneira como gostaria de ser tratada se estivesse em seu lugar”, ensinou-lhe que “a sensibilidade tem ação terapêutica, até nos momentos em que nos sentimos mais fragilizados”.

⁵ Em seus três textos, Lia Frota narra suas primeiras lições sobre o encontro com a morte, esta “ilustre desconhecida”, sempre à espreita, com “sua beleza torta, sua paz triste, seu sentido oculto”.

Luciano Gomes, médico residente de Medicina Preventiva e Social, referenda a percepção do processo de “desumanização” do outro que vai sendo instilado no processo de formação médica, que começa a partir das aulas no laboratório de anatomia, em que o corpo humano sem vida se torna objeto de dissecação e análise, e se estende para os outros contatos com os seres humanos, que são vistos como pacientes, desconectados de suas histórias, de seus sentimentos, de sua subjetividade e de sua liberdade.

Tais inquietações indicam diferentes impasses emergentes no processo de formação biomédica, particularmente no que diz respeito às relações de poder inerentes ao processo pedagógico e à crise da própria ciência moderna.

Todavia, experiências e práticas pessoais e institucionais apontam para a emergência de novos paradigmas educacionais, científicos e profissionais. De modo particular, experiências de inserção em contextos sociais e culturais marginalizados, assim como o comprometimento pessoal e político com os interesses e os contextos populares indicam a importância de se desenvolver uma *práxis* educativa e profissional que potencialize as diferentes dimensões da realidade subjetiva e sócio-cultural, assim como compreenda a complexidade e as ambivalências das vivências e relações humanas e profissionais. Neste novo contexto, dimensões tradicionalmente excluídas da prática profissional e científica, como a afetividade, a espiritualidade, ou mesmo a dimensão política e ecológica, são ressignificadas como inerentes ao cuidado com o ser humano e com sua saúde.

2. *A crise da ciência e o desafio da complexidade*

Felipe Carvalho, médico, salienta a negligência para com o óbvio e com o cotidiano no estudo da medicina: “estudamos que causas de amnésia recente podem ser Alzheimer, deficiência de vitamina B12, entre outras, mas não está nos livros que a principal causa é o *stress* do nosso ritmo de vida”.

Depoimentos como este refletem o atual movimento de autocrítica que se desenvolve no campo das ciências e evidenciam a *complexidade* inerente ao conhecimento científico. Segundo Edgar Morin (1995, p. 49-60), a *complexidade* apresenta-se como dificuldade e como incerteza, mais do que como clareza e resposta. Hoje as ciências físicas e biológicas caracterizam-se pela crise das explicações simples. Questões aparentemente marginais, como a incerteza, a desordem, a contradição, a

pluralidade, o caos, etc., constituem a problemática fundamental do conhecimento científico e abrem caminhos ao desafio da complexidade.

Assim, o método da complexidade nos orienta a pensar sem nunca fechar os conceitos, a quebrar as esferas fechadas, a restabelecer as articulações entre o que se encontra dividido, a nos esforçar para compreender a multidimensionalidade, a pensar com a singularidade, com a localidade, com a temporalidade, a jamais esquecer as totalidades integradoras (Morin, 1995, p. 59-60).

Os desafios da complexidade ao conhecimento científico interpelam profissionais, educadores e pesquisadores à busca de uma compreensão integral da realidade e das relações humanas, assim como de uma visão mais ampla de ciência.

Fernanda Gondim, estudante de Medicina, diz que “estava tão envolvida pelo sistema de memorização e repetição que não percebia que a sociedade exigia muito mais que apenas conhecimento científico”. E se pergunta : “Para que é útil saber o sexo das lombrigas se o que faz Joãozinho tê-la é a falta de saneamento básico? De que adianta saber o mais recente tratamento para determinada doença se me falta a sensibilidade de ver que dona Maria não tem dinheiro para fazê-lo?”

Esta pergunta lembra a discussão liderada por Victor Valla (1998, p. 165ss), no GT Educação Popular da ANPEd, sobre a “crise de compreensão” do que as classes populares estão vivendo e dizendo. A dificuldade de se compreender o que as pessoas das classes populares estão vivendo e querem dizer aos profissionais, acentua as limitações e contradições do próprio saber científico. Com efeito, o paradigma científico moderno ocidental revela – como também Tullio Seppilli (1996, p. 18-19) afirma em relação ao paradigma biomédico – uma suposição “ideológica” que desvaloriza a importância da subjetividade e, em geral, da dimensão sociocultural dos fenômenos humanos. Ou melhor, desconsidera as determinações sociais – subjetivas e objetivas – que se entrelaçam com as determinações naturalísticas-biológicas.

Neste sentido, Graciela Pagliaro, médica homeopata e educadora popular, revendo sua experiência frente a uma situação de erro médico, em que a morte inesperada de uma paciente passou uma “rasteira na onipotência médica”, considera que “a formação técnica não pode ser mecanizada. Tem que considerar os sujeitos que as aplicam e os sujeitos que as recebem, suas emoções, seus diversos olhares, suas motivações”. E para Alberto Carlos de Oliveira, estudante de enfermagem, “o ser humano é formado por um sistema unitário integrado, que abrange aspectos sociais, espirituais, biológicos e psicológicos”.

Nesta perspectiva, Rebeca Guedes, estudante de enfermagem, considera necessário redirecionar o discurso da formação acadêmica para inserir o “cuidar, em todos os seus aspectos, na formação em saúde”, pois o cuidado “implica na inter-relação de dimensões que podem incluir desde a técnica mais especializada até o simples olhar de afeto e carinho”.

Deste modo, os limites da Ciência ocidental não decorrem do fato de seu caráter científico, mas da insuficiente cientificidade de seu atual paradigma, ou seja, de seu fechamento *naturalístico* em relação às dimensões da *subjetividade* e em geral do *social* e do *cultural*. Para serem suficientemente científicos os saberes precisam explicar racionalmente os fenômenos considerando *todas* as suas dimensões – a *natural*, a *subjetiva*, a *social*, a *cultural*, e a *ecológica* – reconhecendo a especificidade lógica de cada uma e buscando compreender a relação organicamente conflitante entre elas.

Os estudos epistemológicos motivados pelas práticas de educação popular vêm pouco a pouco formulando modelos cognitivos capazes de articular a compreensão das diferentes dimensões do conhecimento. Trata-se de uma concepção epistemológica que, superando os limites do modelo hegemônico de conhecimento, permita compreender de modo científico a complexidade e a dinâmica inerente a todo processo educativo e curativo.

3. *Extensão universitária: uma porta para o novo paradigma*

Uma nova perspectiva epistemológica e profissional tem sido despertada em práticas de educação popular em saúde. Eymard Vasconcelos, professor de saúde coletiva, revendo sua longa trajetória de médico e pesquisador, entende que seu encontro com o mundo das classes populares funcionou como “um grande encontro amoroso. Destes que criam um vínculo de tal monta que reorientam todo o viver”.

Também para a estudante de Medicina Fernanda Gondim, a extensão universitária em comunidades populares tem um significado fundante. “A extensão universitária abre um universo que todo estudante deve experimentar e se deliciar desde o primeiro período”. Já para Roberto Piauí, estudante de Medicina – levado por iniciativa de outros estudantes a participar do Projeto de Extensão e a interagir com uma comunidade – tal experiência catalizou sua vocação e opção profissional.

Estas experiências indicam que a extensão universitária – como lembra Fagundes (1985, p. 134-7) – pode desempenhar papel análogo ao da política social: pensada como uma fórmula de atenuar e acobertar desigualdades sociais para assegurar

a estabilidade do sistema, apresenta virtualidades capazes de inverter os objetivos para os quais é instituída. Embora toda a política predominante imponha uma perspectiva conservadora e domesticadora de extensão universitária, esta é considerada um espaço contraditório onde se podem gerar novos projetos de universidade articulados com o processo de transformação social.

As experiências de extensão universitária em educação popular realizadas são experiências de fronteiras (ao mesmo tempo limites e limiares), são situações-limites (Freire, 1975), constituem entre-lugares (Bhabha, 1998), espaços de geração do novo.

Para Eymard Vasconcelos, a experiência que configurou o significado central de sua prática e pesquisa médica – seu “primeiro amor” – ocorreu quando, ainda estudante, realizou uma experiência de extensão universitária, em um povoado no interior de Minas Gerais. Inspirado na perspectiva de Paulo Freire, colocou-se numa perspectiva de diálogo com os habitantes do lugarejo e foi entendendo a complexidade dos problemas enfrentados por aquelas pessoas, na busca solidária de soluções. “Participávamos da obra de recriação coletiva da vida e isto era fascinante”, salienta.

Muitos depoimentos relatam experiências de estudantes das diferentes áreas das Ciências da Saúde em projetos de extensão universitária junto a comunidades empobrecidas. Tais experiências, em muitos casos, produziram mudanças significativas na própria concepção de estudos e da prática profissional no campo do cuidado à saúde.

Aline Barreto, questionando a rotina curricular de seu curso de Fisioterapia – que se alimentava pela perspectiva de se formar, instalar uma clínica particular e ganhar dinheiro – resolveu participar de um projeto de extensão universitária. Interagindo com pessoas vivendo em condições sociais calamitosas, foi descobrindo também seus valores e suas riquezas humanas. Com isso, a estudante amadureceu como pessoa e passou a compreender sua prática profissional de modo mais complexo e amplo.

A estudante Fernanda Gondim, intrigada em suas aulas de anatomia com o lema “aqui se aprende com a morte a cuidar da vida”, descobriu, no trabalho com a comunidade que ali se aprende com a vida a lidar com a morte e com o infortúnio.

Quais são, então, as implicações mais significativas de tais descobertas para a vida e para a prática dos profissionais de saúde?

4. *O desconcerto*

O contato pessoal com comunidades populares ensejou para estudantes e profissionais da saúde múltiplas experiências desconcertantes. Para Luciano Gomes,

médico residente de Medicina Preventiva e Social, uma das maiores experiências que vivenciou todo em um ano de trabalho em comunidades foi quando, aceitando o convite de uma família para o almoço, e se encontrou diante da única comida que não suporta. E aí compreendeu que “era muito mais fácil uma pessoa mudar de corrente política ou de opção religiosa, do que modificar um hábito alimentar”. Rosângela Teixeira, professora no curso de Medicina, lembra de sua experiência ao participar de uma expedição sanitária no povoado de Queixadinha. Entrou em contato com uma situação social extrema: crianças desnutridas e doentias, suas mães magras, mal vestidas e tristes, cujos maridos haviam emigrado à procura de trabalho, sem jamais retornar. A médica relata a impressão que teve ao visitar um barraco de adobe, de uma sala só, sem janelas, onde moravam quatro pessoas que dormiam no chão: “Havia um cheiro tão ruim que não saiu do nariz até hoje”. E Leda Bazzo, professora de Fonoaudiologia, narra a perplexidade da estagiária de seu curso frente à confidência de D. Luiza, moradora da favela. Esta mulher sorridente e desdentada, ao ser entrevistada, afirma não ter problema de comunicação. Mas chama a atenção para como enfrentou o seu problema de flatulência e “revela que o peido agora é obra divina de Deus, a inspirando na composição das mais diversas canções, deste modo, também não quer mais resolver este problema, pois o peido passou a ser, para ela, uma fonte de repentinas poesias”.

O mais desconcertante, porém, é o encontro com a situação de miséria, de doença e com a morte. O depoimento de Marcos Tietzmann, estudante de Medicina, apresenta uma conflitante vivência no contexto de um bairro, onde as possibilidades e limitações de saúde física e mental se configuram no contexto marcado pelo contexto econômico-político entrelaçado com as dimensões subjetivas e culturais. Desespera-se por verificar que o simples encaminhamento de uma criança ao posto de saúde se torna uma empreitada impossível para uma mãe que, separada do marido e em conflito com a vizinhança, não tem dinheiro para ônibus, nem para comprar o remédio. Tal situação produz um sentimento de impotência, tal como sentiu Alexandre Figueiredo, médico residente, frente à sua primeira paciente, uma criança negra e pobre que definhava, e a família sem possibilidade de adquirir o remédio.

A Universidade – segundo Meryeli Araújo, fisioterapeuta recém formada – orienta estudantes e profissionais de saúde a ser frios e objetivos diante de situações trágicas. Entretanto, a autora considera que “poucos fatos em nossas vidas são capazes de entristecer e deprimir tanto como a morte de alguém que cuidamos, já que o lutar de

perto com a perspectiva da morte alheia nos remete a constatação de nossos próprios limites e fragilidades”.

Mas, ao longo de sua trajetória profissional, atendendo pacientes terminais, Alexandre Figueiredo compreende que, ao invés de combater sem sucesso a morte, pode-se acolhê-la amigavelmente para brindar a vida. A morte, a vida em negativo que, por contraste e luz, pode colocar em cheque condutas médicas estabelecidas e revelar novos sentidos do cuidado com a vida.

5. *Cuidar do outro*

A primeira conduta a ser questionada é a do diagnóstico médico. O depoimento de Mário Araújo, fisioterapeuta recém-formado, denuncia o risco de a conduta médica se pautar por um este tipo de diagnóstico simplista e preconceituoso, que induz a um desprezo pelo paciente e resulta em um fechamento à busca continuada de compreender melhor o seu problema.

Renata Pereira, acadêmica de Enfermagem, ao desenvolver uma pesquisa de campo na comunidade, verificou como é valioso interagir com as pessoas, para além das entrevistas projetadas. “Ouvir as histórias de vida dos moradores, os acontecimentos atuais que permeiam sua realidade, e observar não só as carências, mas também as virtudes e sonhos deles e poder fazer parte de seu cotidiano”.

Hebréia da Costa considera que o grande desafio que seu trabalho de assistente social em um hospital universitário “era estabelecer o contato humano, articulado à empatia, habilidade teórica e fluidez de comunicação”. Pois, o trabalho com a saúde é um campo de luta, eivado de tensões, na medida em que o profissional se envolve com as angústias frente a situações de doença e ao medo da morte iminente. “É no conhecimento das angústias do outro que muitas vezes somos levados a perceber nossos limites e engendrar um novo caminhar”.

Juliana Oliveira, mestranda em nutrição, em suas atividades de estágio, foi percebendo que ser bom profissional não se reduz a indicar o melhor tratamento fisiológico. Para ela, a melhor terapêutica implica o ouvir e a atenção para com a pessoa cuidada. Deste modo, o saber técnico “ia entrando também, mas seguindo os espaços de uma relação, antes de tudo, afetiva”. A estudante aprendeu, assim, que “o mais importante não é a precisão técnica na indicação da melhor terapêutica, do melhor tratamento e da melhor conduta”. De fato, a palavra, a escuta, o zelo e o amor têm poder curativo e transformador, principalmente para quem tem a saúde fragilizada e, por isso,

se defronta com seu lado mais vulnerável. Nesta perspectiva, Marcos Vasconcelos, estudante de Medicina, em sua experiência junto a comunidades populares, compreendeu “que é preciso conhecer a realidade e respeitar o saber da população para compreender a dinâmica de adoecimento e cura de uma comunidade”. Percebeu que “a eficácia profissional não dependia apenas de ações físicas e químicas sobre o corpo dos pacientes. Palavras e gestos traziam transformações muito maiores”.

De modo particular, o estudante aprendeu com a sabedoria de um ancião que “a doença e a morte são inerentes à condição humana. Elas não podem ser definitivamente derrotadas, mas isso não impede que a vida seja cuidada”.

Esta postura de humildade e cuidado frente a situações trágicas é uma das atitudes compartilhadas por vários profissionais da saúde.

Nelsina Dias, nutricionista e professora universitária, conta como se arrependeu por ter convencido sua colega a transferir o pai, que residia no interior do estado, onde se encontrava muito doente – mas bem cuidado, num ambiente tranqüilo e de muito carinho – para um hospital da capital, em que, apesar de todo o atendimento técnico necessário, logo veio a falecer, longe do carinho e dos cuidados dos vizinhos e familiares.

A partir da experiência própria e familiar de doenças sem cura, Darlle Sarmiento, estudante de Farmácia, compreende o quanto “o saber do médico é limitado”, na medida em que agentes de saúde desconsideram as queixas e sofrimentos do paciente e esquecem “que a família e pessoas próximas podem agir como uma boa equipe de saúde, quando se está atento para o valor de nosso bem estar e da vida”. Seus estudos em Farmácia permitiram entender “que a cura não está apenas nas mãos de profissionais qualificados tecnicamente para saúde. Está no esforço de cada um de nós e na interação cooperativa de forças por melhores condições de vida”. E percebeu que “a atenção ao que o doente sente e ao seu sofrimento é tão importante quanto a averiguação tecnicamente perfeita do resultado de exames laboratoriais”. Neste sentido, a sua interação com famílias de comunidades faveladas aguçou a sensibilidade, o rigor da investigação e do trabalho cooperativo na prática universitária e médica.

Da mesma forma, Alice Uchoa, doutora e professora de saúde coletiva, redescobriu o significado do atendimento médico, ao acompanhar de perto o tratamento de sua sobrinha, afetada por um fatídico e quase incurável problema cardíaco. “Pude perceber claramente que o cuidado não se opõe às intervenções balizadas,

cientificamente fundadas e sofisticadas desde que tenham a finalidade de aliviar o sofrimento e, se possível, curar”.

Por outro lado, Alice reconsidera a complexidade da posição do agente de saúde, assim como seus sentimentos de apreensão, “diante da fragilidade do outro que o obriga a olhar a sua. O médico também precisa de um suporte numa visão mais abrangente, que abarque ao mesmo tempo o conhecimento científico acumulado e um certo ceticismo à sua aplicação mecânica; a intuição; a criatividade; sensibilidade e crenças”.

Assim, o cuidar do outro requer, do profissional de saúde, o profundo cuidado de si, que implica, muitas vezes, a experiência do trágico e a redescoberta da própria complexidade-ambivalência.

6. *Cuidar de si*

O encontro com a doença e com a morte revela o paradoxo da vida do ser humano, ou seja, o espaço trágico, o espaço do inevitável, do que não pode ser corrigido, do que nem toda medicina pode evitar: o limite, a finitude. Segundo Nietzsche (1995, 1997, *apud* Farina, 1999), a vida e a morte se fundem na tragédia do ser. A tragédia do ser são suas próprias finitudes. Os desmoronamentos dos mundos. Não há retorno para o mesmo mundo, em uma existência trágica, nem, pelo contrário, a garantia de que o mesmo não se repita. A experiência trágica enseja a imersão em espaços heterogêneos de subjetivação. Quer dizer, suscita a produção de singularidade, a ficção de novos mundos.

Paradoxalmente é a experiência existencial da finitude que – como afirma Vanessa Xisto, acadêmica de Psicologia – faz do ser humano “essa criatura com uma incrível capacidade de superar-se a cada momento”, na medida em que é interpelado a criar “estratégias de invenção do presente. De invenção, porque cada um tem a sua maneira única e particular de ser e estar no mundo e de criar-se”.

A experiência da tragédia humana, que o contato cotidiano com a finitude da vida induz, instiga o agente de saúde a reconstituir constantemente sua própria subjetividade.

Emerson Merhy, médico sanitário (formado em 1976), refletindo sobre experiências paradoxais vividas ao longo de sua formação médica e do exercício de sua profissão, descobre que “somos, de fato, muitos tipos de sujeitos em nós. Temos muitas almas que nos habitam, que se relacionam e que, em certas situações, ocupam lugares centrais uma em relação a outra”. Por exemplo, o próprio médico, ao ter uma

necessidade de cuidado de sua saúde, precisa de outro médico. Vira “usuário”. E sua alma de médico continua coexistindo e negociando, dentro de si, com a sua alma de paciente. Posicionando-se a partir de sua própria intimidade complexa, o profissional pode desenvolver uma “pedagogia da implicação”. Isto é, desenvolver a capacidade re-olhar situações paradoxais (em que as múltiplas *almas* do profissional interagem com a pluralidade de *almas* do outro) de modo a compreendê-las melhor e a imaginar intervenções que fazem sentido. O profissional vive, assim, um efeito “pororoca” em que as ambivalências de sua personalidade se potencializam ao interagir com as ambivalências do outro. “É como um rio que se dobra sobre si ao encontrar o mar, ou seja, com o outro”. O trabalhador pode se ver, ao ver no outro as reações às suas próprias ações.

Assim, o cuidar da saúde alheia se torna, para o próprio profissional, uma oportunidade ímpar e fecunda de aprendizagem.

7. *Aprender juntos*

A principal aprendizagem é a de “aprender a aprender”, ou seja, desenvolver processos dialógicos e interativos de aprendizagem, superando o tradicional dispositivo de sujeição entre profissional de saúde e pacientes. Daniel Batista, estudante de Nutrição, relata sua experiência com o trabalho em saúde comunitária, na qual compreendeu que as pessoas, submetidas a cuidados médicos, também educam os agentes de saúde, na medida em que estes se colocam em uma atitude de escuta e cuidado.

O médico residente Luciano Gomes afirma que assimilou dois aprendizados em seu trabalho comunitário. O primeiro é que “os profissionais de saúde têm uma imensa capacidade para mobilizar a população que vem sendo historicamente esquecida”. O segundo é que “e por mais que acreditemos saber o que é melhor para pessoas de uma determinada comunidade, eles têm suas interpretações sobre a realidade em que vivem e suas conclusões têm muito mais validade que nossas possíveis explicações técnicas ou políticas”.

Para Pedro Cruz, acadêmico de Nutrição, a mudança decisiva em sua relação de profissional da saúde com as pessoas da comunidade ocorreu quando passou a dialogar com elas sobre as diferentes dimensões da vida, sem restringir seu foco exclusivamente sobre a doença. “Aí descobri que aquelas pessoas não eram pacotes de problemas, mas pessoas cheias de dinamismos e de muita vontade de ser mais (...). Elas me mostram

uma perspectiva diferente da vida, um lado diferente desse mundo; aprendo a respeitar suas decisões e a compartilhar os seus saberes”.

Tal aprendizado interpela estudantes e profissionais a ressignificar os estudos universitários e a desenvolver formas mais coletivas e interdisciplinares de trabalho. Juciany Araújo, nutricionista, e Maura Sobreira, pré-concluente de Enfermagem, contam como a experiência de extensão junto a comunidades populares modificou seu modo de ver o mundo e foi uma oportunidade de aprenderem a trabalhar em equipe.

Neste sentido, o próprio sentido de *interdisciplinaridade* é reconfigurado, como atesta o fisioterapeuta recém-formado Mario Araújo, ao falar do que aprendeu nos projetos de extensão baseados na Educação Popular:

Aprendi, então, a valorizar o diálogo. Na relação com as famílias, fui descobrindo a força terapêutica da escuta. Com a mente aberta pelas discussões teóricas, fomos vendo a força do conhecimento popular. Fomos aprendendo a trabalhar em equipe valorizando o conhecimento dos outros profissionais.

Neste sentido, ocorre uma mudança significativa nas próprias relações pedagógicas e na formação profissional. “Fui vendo que era possível encarar os professores como companheiros na construção de um saber e não seres superiores e incontestáveis”, explica Mario Araújo. Tal mudança pedagógica é inerente à concepção de interdisciplinaridade, como já afirma Ivani Fazenda:

A introdução da interdisciplinaridade implica simultaneamente numa transformação profunda da Pedagogia e num novo tipo de formação de professores. (...) Passa-se de uma relação pedagógica baseada na transmissão do saber de uma disciplina ou matéria - que se estabelece segundo um modelo hierárquico linear - a uma relação pedagógica dialógica onde a posição de um é a posição de todos. Nesses termos, o professor passa a ser o atuante, o crítico, o animador por excelência. Sua formação, substancialmente modifica-se: ao lado de um saber especializado (nisto concorreriam todas as disciplinas que pudessem dotá-lo de uma formação geral bastante sedimentada), a partir, portanto, de uma iniciação comum, múltiplas opções poderão ser-lhe oferecidas em função da atividade que irá posteriormente desenvolver. (...) Precisa receber também uma educação para a sensibilidade, um treino na arte de entender e esperar e um desenvolvimento no sentido da criação e imaginação. A interdisciplinaridade será possível pela participação progressiva num trabalho de equipe que vivencie esses atributos e que vá consolidando essa *atitude* (Fazenda, 1978, p. 48-9).

Tal atitude, que a interdisciplinaridade vai consolidando, não se restringe, porém, à dimensão intersubjetiva e institucional das relações pedagógicas e profissionais. O trabalho em equipe e interdisciplinar reconfigura seu significado mais amplo ao se engajar numa perspectiva social e política transformadora. Nesta direção, as práticas de educação popular apresentam desafios que instigam tais opções.

8. *Comprometer-se politicamente*

A realidade social dramática, encontrada nas atividades sanitárias e extensionistas junto a comunidades populares em situação de risco, põe com veemência a necessidade de comprometimento político, para além da dimensão profissional e científica. Assim, a professora no curso de Medicina Rosângela Teixeira, ao se lembrar de seu trabalho com a população de Queixadinha, se questiona: “que tipo de vida é aquela?” Com tal problematização, coloca um desafio maior, não resolvido pela ciência. A realidade social de miséria, doença, dor, desconforto, fome e injustiça, “nos remete ao imponderável do sofrimento humano e nos faz crer que a vida dessa gente precisa ser outra, uma marcha noutra direção”. E se pergunta: “Seríamos nós responsáveis pela criação de um mundo novo, pela revelação de uma outra vida profundamente mais justa, humana e digna? (...) O quanto de ação social e política deveríamos buscar?”.

Também o estudante do curso de medicina Marcos Vasconcelos, ao acompanhar uma família favelada, entendeu que, “na busca de um mundo mais justo, o papel da universidade não deve se restringir à formação de profissionais tecnicamente qualificados, mas também a de cidadãos comprometidos com a realidade social”.

Entretanto, mesmo as lutas sociais, que vão construindo a história humana, se defrontam com o trágico, com situações de miséria e injustiça, insuperáveis a curto prazo. Neste contexto, a espiritualidade e a religião são ressignificadas. A religião confere um enquadre para explicar os fatos que não são explicáveis e tornar suportáveis experiências que são inaceitáveis, tais como a morte, catástrofes, injustiças. E esse é um dos fatores de sobrevivência e crescimento de movimentos sociais, pois estes podem encontrar na religião – que é também um sistema cultural (Geertz, 1989) – respostas, esperanças, alternativas para o caos que muitas vezes enfrentam. E, ambivalentemente, se conformam e se resignam ante a injustiça, ao mesmo tempo em que resistem e lutam ante os desafios. Desta forma, a questão religiosa das classes populares não se reduz a uma questão tradicional e arcaica. Na perspectiva das classes populares – que reconhecem a impossibilidade de, no contexto sócio-político dominante, saírem de sua situação de pobreza – a religião popular desempenha vários papéis: “cria uma identidade mais coesa entre as classes populares, ajuda a enfrentar as ameaças, a ganhar novas energias na luta pela sobrevivência, e reforça uma resistência cultural que, por si só, reforça também a busca da religião como solução” (Valla, 2002, p. 71).

9. Conclusão

As experiências de extensão universitária em educação popular, no campo da saúde, oportunizam, de fato, mudanças muito significativas em várias dimensões. No contexto de crise do próprio paradigma científico que sustenta o processo de formação do profissional da área de saúde, algumas práticas extensionistas no campo da saúde em contextos sociais marginalizados ensejam o surgimento de perspectivas educacionais e profissionais deveras instigantes.

Os depoimentos analisados evidenciam que o encontro com situações e pessoas das classes populares, que vivem em situação social de risco, provoca no profissional da saúde um profundo desconcerto. Os hábitos alimentares e higiênicos, a concepção do corpo e, de modo particular, a miséria, a doença e a morte, afetam profundamente o campo da subjetividade do profissional. Este vivencia processos trágicos, que o interpelam a rever e a reconstituir seu modo de ser no mundo. Descobre suas próprias ambivalências que, em interação com a complexidade do ser do outro, colocam múltiplos desafios, abrem infinitas possibilidades e, sobretudo, exigem um salto de dimensão no seu modo de entender a prática científica, profissional, social e cultural. Neste sentido, redescobre o significado de trabalho interdisciplinar, revaloriza o comprometimento social e ressignifica a espiritualidade.

10. Referências bibliográficas

- BATESON, Gregory. *Mente e Natura: un'unità necessaria*. Milano: Adelphi, 1984 [1979].
- BHABHA, Homi. *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- FARINA, Cynthia. *Vida como obra de arte: arte como obra e vida. Por uma pedagogia das afecções*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Pelotas: UFPel/RS, 1999.
- FAGUNDES, José. *Universidade e compromisso social; Extensão, limites e perspectivas*. Tese de doutorado. Campinas: UNICAMP, 1985.
- FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Integração e interdisciplinaridade: uma análise da legislação do ensino brasileiro de 1961 a 1977*. (Tese de Mestrado). São Paulo, PUCSP, 1978.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1989.
- MORIN, Edgar. Le vie della complessità. In: BOCCHI G., CERUTI M. (a cura di). *La sfida della complessità*. Milano, Feltrinelli, 1985, p. 49-60.

NIETZSCHE, Friedrich. *Ecce homo. Como alguém se torna o que é*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

_____. *El Nacimiento de la tragedia*. Madrid: Alianza Editorial, 1997.

VALLA, Victor Vincent. Apoio Social e Saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, Marisa Vorraber (org.). *Educação Popular hoje*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 151-179.

_____. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre o Pentecostalismo no Brasil. In: *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p. 63-75, 2002.

XAVIER, Marcia Rejania Souza. Educação e Religião: *Os entre-lugares da Educação de Adultos na ação educativa do PEACE*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação da UFSC. Florianópolis, 2003.