

Convivendo com Agentes de Transformação: a Interdisciplinaridade no Processo de Ensino/Aprendizado em Saúde

Dealing with Transforming Agents: Interdisciplinary in the Teaching/Learning Process in Health

Jorge Alberto Buchabqui¹

Edison Capp²

Dênis Roberto da Silva Petuco³

RESUMO

Saúde é filosofia, é ideologia e é política. Engana-se quem aposta numa suposta objetividade das ciências do cuidado. Elas estão absolutamente imbricadas pelas perspectivas sociais, por interesses econômicos e por posicionamentos hegemônicos ou contra-hegemônicos, ainda que estes atravessamentos passem despercebidos pelos profissionais e pelas instituições^{1,2}. As próprias concepções acerca dos processos de saúde/doença dão sentido às ações dos profissionais. As diferentes perspectivas ideológicas redundam em diferentes formulações de políticas públicas. Ou pelo menos deveriam. Foucault, com um olhar extremamente duro para a medicina, diz que: “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores⁵”.

¹ Professor, Mestre em Epidemiologia, Vice-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Professor, Doutor, Coordenador da Comissão de Pesquisa, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Militante da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps), graduando de Ciências Sociais da UFRGS, participante do Programa Unisaúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

O Programa Unisaúde, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Famed – UFRGS), possibilita a convivência com os trabalhadores ligados ao Programa Saúde da Família (PSF), mostrando que existem outras formas de se pensar e fazer saúde coletiva. Nas páginas que se seguem, tenta-se expor reflexões nascidas em meio a este projeto.

Palavras-Chave

- Programa Saúde da Família
- Agente Comunitário de Saúde;
- Relações Interprofissionais;
- Educação Profissional em Saúde Pública.

ABSTRACT

Health involves a variety of fields such as philosophy, ideology and politics. Believe that “care sciences” are exact ones would thus be mistaken. Care sciences are completely intertwined by social perspectives, economical interests and hegemonic or anti-hegemonic opinions, even though these complexities use to be underestimated by professionals and institutions. The conceptions about the health/disease processes themselves give sense to the public actions. The different ideological perspectives originate different formulations of public health politics, or at least they should. Foucault, in a very severe look upon Medicine, said: “medicine is a knowledge-power binomial causing changes at the same time on the body and on the population, on the organism and on the biological processes and will thus have interdisciplinary and regulatory effects”. The project UNISAUDE, of the “Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED – UFRGS)”, allows to interact with workers from the Family Health Program (PSF), showing that

there are other ways of thinking and promoting collective health. In the following pages some aspects of this project will be shown.

Key-words

- Family Health Program;
- Community Health Agent;
- Interprofessionals Relations;
- Education, Public Health Professional.

INTRODUÇÃO

Saúde é filosofia, é ideologia e é política. Engana-se quem aposta numa suposta objetividade das ciências do cuidado. Elas estão absolutamente imbricadas pelas perspectivas sociais, por interesses econômicos e por posicionamentos hegemônicos ou contra-hegemônicos, ainda que estes atravessamentos passem despercebidos pelos profissionais e pelas instituições^{1,2}. As próprias concepções acerca dos processos de saúde/doença dão sentido às ações dos profissionais. Sendo assim, pode-se conceber a ação em saúde como uma ação curativa que objetiva retirar o paciente de sua condição de desviante; pode-se perceber a doença como constituinte da dinâmica da vida, propondo estratégias de cuidado menos impactantes e mais dialógicas; e pode-se ainda compreender toda a dimensão social envolvida nos processos de saúde/doença, de modo a agir politicamente nas causas do sofrimento, ligadas a fatores políticos e econômicos. Mas o mais rico de tudo isto é que estas diferentes perspectivas estão absolutamente *borradas*, e suas fronteiras são absolutamente difusas³.

As diferentes perspectivas ideológicas redundam em diferentes formulações de políticas públicas. Ou pelo menos deveriam. No início do século (1914), o cientista político Robert Michels já se referia ao fato de que uma das conseqüências advindas do acirramento das disputas eleitorais era a homogeneização dos

discursos e das práticas. Deste modo, observava o pensador alemão que os partidos tanto de *direita* quanto de *esquerda* tendem a uma “centralização” de seus discursos e práticas, de modo que por vezes se torna impossível diferenciar uns de outros⁴. Foucault, com um olhar extremamente duro para a medicina, diz que: “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores⁵”.

Certas políticas de saúde apontam realmente neste sentido. Exemplo histórico muito bem acabado (e extremamente triste, em nossa opinião) consiste na prática de aprisionamento de pessoas que padecem de sofrimento psíquico. Este processo – que se inicia na Idade Moderna a partir da assunção do pensamento racional-cartesiano, articulada à diminuição dos casos de lepra, bem como à possibilidade de reaproveitamento dos leprosários como asilos para contenção de loucos – foi muito bem descrito em outra obra de Foucault⁶.

O Programa Unisaúde, ligado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Famed – UFRGS), possibilita a vivência interdisciplinar entre estudantes de graduação de diferentes cursos da universidade. Um dos projetos ligados ao Unisaúde possibilita a convivência com os trabalhadores ligados ao Programa Saúde da Família (PSF), mostrando que existem outras formas de se pensar e fazer saúde coletiva. Nas páginas que se seguem tenta-se expor reflexões nascidas em meio a este projeto. Que possam contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e desta outra saúde possível que todos nós queremos. Uma saúde construída sob o alicerce da democracia e permeada pelo sentimento de respeito aos direitos humanos e à autonomia dos sujeitos. Uma saúde que seja não apenas (apenas?) cuidado do corpo e da mente, mas também um campo estratégico para a construção de um outro mundo possível.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ATRIBUIÇÕES E POSSIBILIDADES

Em um dos projetos do Programa Unisaúde, estudantes de graduação de diferentes cursos da UFRGS são chamados ao convívio intenso com uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) – na última edição, havia estudantes de

Medicina, Farmácia, Nutrição, Ciências Sociais, Filosofia, Pedagogia e Educação Física –, em especial com as atividades cotidianas dos agentes comunitários de saúde, acompanhando seu cotidiano em campo e suas visitas às comunidades atendidas pelo programa. O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 e “[...] prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade”⁷.

Mas quais as atribuições deste profissional a quem chamamos *agente comunitário de saúde*? Qual a amplitude e qual o limite para suas ações? Esta reflexão nos coloca diante não apenas de uma reprodução do que se encontra positivado nos manuais, mas implica, principalmente, um olhar dialético. Deve necessariamente incluir, além dos estatutos e diretrizes, as demandas, possibilidades e limites construídos efetiva e afetivamente no cotidiano de um cenário que inclui os próprios agentes, os sujeitos com os quais eles travam contato em seu trabalho e as relações político-institucionais com gestores e controle social, que produzem pontos de *atração gravitacional* em face das perspectivas ideológicas daqueles que detêm o poder, ainda que em nível muitas vezes simbólico.

Em face de sua ligação com a comunidade onde atua, o agente comunitário de saúde imprime novas cores ao fazer em saúde, e em especial ao fazer em saúde pública e coletiva. Ao atuar como articulador das redes de apoio ao PSF, o agente incorpora aspectos políticos à sua ação cotidiana, mobilizando e inserindo-se nas redes de relações comunitárias, articulando lideranças constituídas e informais, hegemônicas e marginais. Ao se eximir do julgamento moral acerca de determinadas práticas, possibilita a ampliação do leque de alianças em defesa dos processos que promovem a vida. Sendo assim, uma ação de vigilância acerca das condições de saneamento de determinada comunidade pode redundar na mobilização de moradores visando à pressão política sobre os gestores públicos, implicando não só

a possibilidade de uma efetiva vitória com relação a esta luta específica, mas um poderoso processo político-pedagógico de construção de cidadania. Não é por outra razão que movimentos como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps) consideram que a educação popular em saúde é estratégica para a construção de um outro mundo possível⁸.

Saúde é autonomia. É o que preconizam os militantes do movimento *Em Defesa da Vida*, apontando na direção de uma dimensão política libertadora do trabalho em saúde. Pensamos também em Sérgio Arouca, quando diz que a implementação do SUS afunilou um movimento político surgido entre profissionais da saúde comprometidos com a luta contra a ditadura militar no meio dos anos 70. Em entrevista conferida à Revista Radis em outubro de 2002, Arouca disse que “ser médico era lutar contra a ditadura”⁹.

Compreender saúde como autonomia implica, sim, uma dimensão política libertadora e emancipatória, que coloca o profissional de saúde, em especial o agente comunitário, diante da necessidade de enfrentamento dos processos que determinam as doenças e o sofrimento das populações. Estão intrinsecamente ligados às dinâmicas de exploração e de exclusão de camadas inteiras da população, expostas à fome, à miséria, à falta de saneamento básico e a trabalhos extremamente insalubres e opressores, determinantes de sofrimentos físicos e mentais.

Neste sentido, Paulo Freire oferece contribuições inestimáveis à reflexão sobre o trabalho do agente comunitário de saúde. Afinal, se aceitamos que o trabalho do agente é, em última análise, um trabalho de educação em saúde, aceitamos também que seu trabalho se inscreve tanto no campo da saúde quanto no campo da educação. Ao considerarmos importante a reflexão sobre as concepções e práticas de saúde, devemos considerar igualmente importante que se reflita sobre concepções e práticas de educação. E, diante de um compromisso de promoção da saúde entendida como autonomia, Paulo Freire será referência obrigatória¹⁰.

Pensamos muito em Paulo Freire enquanto observávamos o trabalho dos agentes. Pensamos em seu conceito de educação popular em contraposição ao conceito de educação bancária, compreendida como processo de depósito verticalizado de conceitos e idéias por parte do professor sobre o aluno (modelo higienista?). Aliás, Freire problematiza a própria utilização de termos como *professor* (aquele que professa) e *aluno* (aquele que não tem luz). Prefere utilizar termos como *educador* e *educando*, por compreender a dinamicidade e o movimento dialético envolvido nos processos pedagógicos¹¹. O ativista pernambucano também refletiu, durante toda a sua vida, sobre a necessidade de o educador conhecer a realidade na qual estão inseridos os educandos com quem ele vai construir processos pedagógicos, instâncias de aprendizado mútuo e comunitário. O processo pedagógico – seja em saúde, seja em português, seja em matemática – ocorre neste diálogo de subjetividades, e o aprendizado só se efetiva se o conhecimento compartilhado é significativo para todos os atores envolvidos¹².

Existe, porém, algo mais além dos aspectos ligados especificamente à saúde e à educação. Falamos do afeto, entendido aqui em sua dimensão ampla. Falamos de um *deixar-se afetar* que promove proximidade, empatia e carinho. Falamos desta recusa em reproduzir um distanciamento preconizado pelas ciências – tanto médicas quanto sociais –, distanciamento este que implica diálogos burocráticos, frios e desprovidos de sentido simbólico. “Sem vínculos, nada é possível”, dizia um agente redutor de danos, poeta, com quem tive a oportunidade de trabalhar. E esta construção de vínculos, que possibilita a promoção e a construção de processos de educação em saúde por parte do agente comunitário, surge em face desta proximidade, do contato corporal pleno de afetividade. Aqui, percebe-se, ocorre uma segunda ampliação do conceito de saúde e do fazer em saúde. Se antes vimos que a promoção da autonomia e da emancipação social, da luta contra a exclusão e contra os processos que precarizam a vida faz parte do fazer em saúde, agora vemos que práticas afetivas, carinhosas, também compõem o extenso rol de ações sanitárias alinhadas com uma perspectiva política democrática e popular. Além da vigilância epidemiológica, dos cuidados com o manejo das medicações receitadas, do acompanhamento dos casos de diabetes e hipertensão, da marcação de consultas, da articulação da rede comunitária e de outras

atribuições concernentes ao trabalho do agente, está inscrito o carinho, as doses maciças de abraços e toques, sem nenhuma contra-indicação.

Uma nova universidade para um novo fazer em saúde

O Programa Unisaúde, a partir do qual foi possível experimentar a convivência com os agentes comunitários de saúde e com o Programa Saúde da Família, aposta na interdisciplinaridade. Esta característica nos possibilita refletir não apenas sobre o fazer em saúde, mas sobre a própria universidade pública e a organização dos cursos de graduação. Não podemos mais conviver com a excessiva rigidez que impede o trânsito mais fluido dos estudantes em meio a disciplinas que, em geral, estão restritas a determinados cursos. Os profissionais que o SUS necessita precisam de uma formação mais abrangente do que aquelas que as meras disciplinas obrigatórias e eletivas podem oferecer. É urgente reconhecer que as organizações curriculares precisam ser flexibilizadas, e é preciso que a universidade passe a contar com professores capazes de orientar estudantes no trânsito por disciplinas importantes para a concretização de seus projetos, em face do tipo de profissional que se deseja. É inadmissível, por exemplo, que a cadeira de Sociologia da Saúde não esteja disponível a um estudante de Ciências Sociais, nem mesmo como eletiva, ou que os graduandos deste curso contem com apenas três vagas por semestre para a cadeira de Psicologia Social. Ou, ainda, que não se indique a disciplina de Antropologia do Corpo e da Saúde para estudantes de Medicina. Esta flexibilização defendida aqui deveria modificar inclusive o conceito acerca do qual se organiza o currículo de cadeiras eletivas de cada curso: estas deveriam passar por uma construção capaz de levar em conta os projetos individuais do estudante, em articulação com as necessidades do SUS.

Por fim, a própria noção de que nossa formação deve ser toda em sala de aula precisa ser revista, repensada. Afinal, todos os conviventes são unânimes em afirmar que nosso aprendizado, ao longo desta semana, foi muito mais significativo que muitas, muitas aulas. Por que não considerar tais possibilidades no âmbito da graduação, como currículo de formação com reconhecimento efetivo?

Além de projetos como o *Convivências*, existem algumas iniciativas que apontam no sentido desta construção interdisciplinar do SUS e dos pensares e fazeres em saúde e em formação em saúde. Pode-se aqui refletir sobre a experiência ainda incipiente, mas bastante promissora, do movimento *Saúdes*, construído por militantes estudantis ligados aos cursos da área sanitária da UFRGS. A partir desta iniciativa, estudantes dos cursos de Farmácia, Enfermagem, Medicina, Psicologia, Nutrição e Fisioterapia, entre outros, vêm se encontrando, objetivando a organização não apenas das lutas tradicionais do movimento estudantil, mas também de um espaço de reflexão sobre a formação em saúde e sobre estratégias de rompimento com a segmentação e o isolamento que caracterizam os cursos da área da saúde. No *Saúdes*, busca-se também construir uma reflexão crítica sobre o SUS e sobre a formação de profissionais para o sistema.

Deste modo, o movimento vem se transformando em um fórum privilegiado não apenas para as lutas do movimento estudantil, mas também para a formação de estudantes de diferentes cursos, preparando-os de maneira diferenciada para a interdisciplinaridade necessária à construção da saúde coletiva de que precisamos. E é por isto mesmo que estudantes de outros cursos, que não são ligados à formação para as práticas de cuidado (como as Ciências Sociais, por exemplo), já começam a se aproximar do movimento, possibilitando uma ampliação cada vez maior do olhar e das práticas de interdisciplinaridade.

Outro espaço interessante de formação e vivência interdisciplinar tem sido a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps). Formada por pessoas oriundas de lugares tão díspares quanto a Medicina, a Pedagogia e os movimentos sociais, por exemplo, a articulação tem oferecido possibilidades absolutamente inovadoras de formação e atuação, e de formação por meio da atuação. Construída em face da necessidade sentida por alguns trabalhadores da saúde – em especial ligados à atenção básica – de incorporar aos seus saberes específicos o instrumental da pedagogia de Paulo Freire, a Aneps constrói-se de maneira diferenciada dentro do cenário dos movimentos sociais brasileiros, por se constituir não em um movimento, no sentido político do termo, mas em uma articulação. E, como articulação, busca congrega não apenas

movimentos sociais, mas pessoas que realizam, em seu cotidiano, práticas ligadas aos campos da saúde e da educação popular. Um espaço privilegiado pela Aneps é a *roda*, onde pessoas ou coletivos podem expor suas experiências com práticas de educação popular e saúde. Deste modo, médicos, religiosos, lideranças comunitárias, enfermeiros, militantes de movimentos sociais rurais e urbanos, sindicalistas, nutricionistas, educadores, massoterapeutas, quiropraxistas, psicólogos e antropólogos criam um espaço dinâmico de construção compartilhada de conhecimento, horizontalizado e democrático.

Como se pode ver, já existem iniciativas que buscam construir na prática cotidiana a interdisciplinaridade que se sabe imprescindível à construção do SUS que queremos e de que precisamos. Além disto, poderíamos ainda incluir experiências de PSFs e de UBSs que buscam, em seus cotidianos, realizar esta utopia possível e necessária. Tal constatação nos faz refletir que tais experiências ocorrem *apesar* da formação universitária a que estes profissionais tiveram acesso, e não *graças* a ela. Inverter esta lógica é urgente. É preciso que a academia corra atrás do tempo perdido e que tenha a capacidade de aprender a fazer uma outra educação, menos rígida e mais próxima das dinâmicas e das necessidades da vida cotidiana. Que possa aprender com equipes de saúde que, contra toda uma cultura, já atuam de forma interdisciplinar e horizontalizada. Que possa aprender com os movimentos sociais. Enfim: que a universidade possa mostrar que, além de ensinar, ela sabe aprender.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sociologia, a Antropologia, a Ciência Política e a Filosofia – ciências de suporte – se desdobram de maneira específica quando pensamos a saúde¹³. Deste modo, vemos que o positivismo durkheimiano e comtiano vai encontrar, no âmbito da saúde, uma reverberação a partir do estrutural-funcionalismo parsoniano, que entende a doença como: “um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como o sistema biológico e o estado de seus ajustamentos pessoal e social¹⁴.”

Quanto à sociologia compreensiva weberiana, encontramos seu desdobramento no campo da saúde a partir da etnometodologia e da fenomenologia. Os etnometodólogos acreditam que cada grupamento humano possui suas estratégias intelectuais de apreensão da realidade e buscam desvelar estes mecanismos. Já a fenomenologia pode ser também chamada de *sociologia da vida cotidiana*. Dizem os adeptos desta escola – assim como dizia Weber acerca da ação social – que o objeto das Ciências Sociais possui uma característica específica: o *significado*. Sendo assim, a fenomenologia empresta grande importância à cultura e à subjetividade, ao passo que não prioriza a estrutura econômica e a superestrutura ideológica¹⁴.

Ainda dentro das escolas clássicas, o materialismo marxista defende a noção de totalidade como fundamental para a compreensão dos fenômenos sociais. Nessa totalidade, a estrutura econômica e a superestrutura ideológica articulam-se, reproduzindo-se nas mais diferentes esferas da vida humana¹⁵.

Por fim, temos ainda os pós-estruturalistas, que construíram uma perspectiva absolutamente crítica quanto ao capitalismo sem, no entanto, prender-se prioritariamente às determinações econômicas inerentes ao modo de produção. Foucault, o maior expoente desta linha de pensamento, produziu uma série de escritos sobre a maneira como, a seu ver, o Direito e a Medicina se articulam no sentido de construir um saber-poder que produz controle e dominação^{5,6,16,17}.

Por que iniciar estas considerações finais com um olhar mínimo sobre diferentes vertentes do pensamento sociológico ligadas à saúde? Por que oferecer logo de saída distintas possibilidades a partir das quais se pode olhar para os processos sociais, em especial para os processos de saúde/doença? O que se deseja, aqui, é sensibilizar para o fato de que existem diferentes formas não só de analisar os dados coletados através da imersão no universo da saúde pública, mas também (o que é o mais importante), *diferentes formas de se fazer saúde, seja nas práticas diretas no cotidiano, seja em termos de políticas públicas*. E as diferentes perspectivas descritas acima embasam não apenas o instrumental de análise das práticas e políticas, mas também (e principalmente) *as próprias práticas e políticas de cuidado*.

Caminhar pelos corredores do Centro de Saúde Modelo, da portaria até a sala ocupada pelo PSF, possibilita um verdadeiro *tour* por diferentes perspectivas do fazer em saúde. A própria estrutura arquitetônica do centro, que não privilegia os espaços de convivência, já aponta um determinado rumo. E, ainda que tal olhar aponte para um outro campo – o da Arquitetura –, não se pode desconsiderar que a opção por um tipo de construção para sediar um espaço de saúde já denuncia determinada forma de se pensar a saúde e, principalmente, o doente.

Mas podemos ir além da concretude das paredes e dos corredores e olhar para o que mais se vê neste espaço. E o que se vê e se ouve denuncia ainda mais. Em nosso primeiro dia no local, somos acompanhados por Carla, enfermeira do PSF, que nos conduz a um rápido passeio pelos corredores e serviços do Centro de Saúde. Já no primeiro corredor, Carla nos apresenta a um médico, que responde em voz muito alta: “Eu sou doutor mesmo! Do tempo em que ainda se faziam doutores!”.

Achei fantástico! É impressionante como estudamos as teorias nos livros, discutimos sobre elas com colegas e amigos, e nos preparamos para aguçar o olhar, para ler nas entrelinhas, para buscar relações simbólicas nos atos falhos, sem nunca nos darmos conta de que estas questões estão absolutamente escancaradas, saltando aos olhos e aos ouvidos. Que tipo de leitura pode ser feita sobre tal frase e sobre o modo grosseiro como foi proferida que já não esteja escancarada no próprio ato? E o que dizer sobre um médico que víamos sempre, a cada vez que passávamos no corredor, sozinho em sua sala, olhar fixo no vazio, com fones de ouvido? Eternamente ali, sentado em sua cadeira, mãos nos bolsos do casaco, fones nos ouvidos, cumprindo burocraticamente seu horário de expediente. Como não observar nesta cena um texto a ser lido? Como não identificar os compromissos políticos e as perspectivas ideológicas que sustentam tais práticas? Um *médico-cachorro*, como ouvi dizerem certa vez, pois só sabia escrever *ao-ao*: *ao* pneumologista, *ao* cardiologista, *ao* otorrinolaringologista, *ao* psiquiatra. E ao que me consta, o SUS preconiza consultas com duração mínima de vinte minutos. Nenhum destes *doutores do tempo em que se faziam doutores* cumpre tal determinação.

Neste mesmo corredor, na parede, podem-se ver cartazes que indicam salas de prática de acupuntura. Fiquei feliz em ver uma prática contra-hegemônica inscrita no rol de possibilidades terapêuticas do Centro. Porém, com o passar dos dias, escuto histórias que dizem que os sensíveis olhos e narizes dos usuários desta terapia não estavam adaptados à estética e aos odores de alguns dos usuários do PSF, que se situa muito perto destas salas.

Infelizmente, as práticas moralistas e preconceituosas no campo da saúde ainda são absolutamente comuns. O sujeito que apresenta algum problema de saúde, em geral, é tratado como se tivesse feito algo de errado para ficar assim, o que acaba por justificar uma intervenção moralista¹⁶. E neste *fazer algo de errado*, há obviamente níveis aceitáveis e não aceitáveis, e que serão julgados a partir de um critério higienista, não apenas do ponto de vista biológico, mas também moral. Sendo assim, uma senhora com pneumonia não será tratada do mesmo modo que um jovem morador de rua que tenha o mesmo problema.

Tratar igualmente uma senhora e um jovem morador de rua, obviamente, não se trata da coisa mais certa a fazer. Lembro da frase lapidar de Boaventura Souza Santos: “temos o direito de ser iguais sempre que as diferenças nos inferiorizam; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”¹⁸.

Não se trata, portanto, de tratar de maneira igual a todas as pessoas, já que elas são efetivamente diferentes. A questão é que todas as pessoas merecem igual consideração e respeito. E, talvez o mais importante de tudo, não cabe ao profissional de saúde construir julgamentos morais acerca das razões e do *modus vivendi* do sujeito que busca atendimento.

Ouçõ a história de uma senhora que certa feita procurou o Centro de Saúde Modelo. Alguém procura o PSF, informando que existe ali um usuário do programa. “Tem um dos de vocês lá embaixo”. Um dos agentes desce e, ao conversar com esta senhora, descobre que ela, na verdade, não pertence a nenhuma das comunidades atendidas pelo PSF. O que ocorreu é que esta senhora estava mal

vestida, o que fez com que se pensasse que se tratava de uma moradora de rua. Sendo assim, moradora de rua = usuária do PSF!

O debate político no campo da saúde não se faz apenas com palavras. Aliás, ele não se resume nem mesmo à construção de políticas públicas. Assim como na educação e em algumas áreas, o debate político no campo da saúde se faz através das práticas. Tais práticas inscrevem narrativas políticas no cotidiano das cidades, dos bairros, das comunidades e nas vidas das pessoas. Tais práticas produzem textos vivos, que podem ser lidos nos relatos, nas histórias, nos corpos. Tais práticas modificam o espaço, promovendo inclusão ou exclusão, alegria ou apatia.

Não se faz saúde só com médicos, enfermeiros e sociólogos sanitaristas. Não se faz saúde só com farmacêuticos e psicólogos. Não se faz saúde só com nutricionistas e fonoaudiólogos. A saúde se faz nos gestos, nos olhares, na felicidade e na promoção da autonomia. Faz-se no cuidado do outro e de si. Faz-se com a construção de novas mitologias do cuidado, que devem ocupar o lugar de antigas verdades, rígidas, e que não conseguem mais dar conta de toda a complexidade da vida e das dinâmicas sociais¹⁹. Precisamos urgentemente resgatar a dimensão do sonho, da transgressão, da capacidade de ousar ir além dos cânones, de ampliá-los, de ultrapassá-los. E este sonho há que ser coletivo, múltiplo e plural. Há que ser lúdico, como lúdico e cidadão deve ser o fazer em saúde que se quer construir. Afinal, esta saúde de que se fala não cabe mais em palavras que não sejam poemas, e nem em gestos que não sejam dança.

REFERÊNCIAS

1. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec, Unesp; 1991.
2. Breilh J. A epidemiologia na humanização da vida: convergências e desencontros das correntes. In: Barata RB, org. Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco; 1997.

3. Canesqui AM. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: Canesqui AM, org. Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; 1995. p.19-35.
4. Michels R. Sociologia dos Partidos Políticos. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1982.
5. Foucault M. Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975 - 1976). São Paulo: Martins Fontes; 2002.
6. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O que é o PACS/PSF? Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/psf//programa/index.htm> Acessado em: 02/08/2005.
8. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2001.
9. Arouca ASS. Reforma sanitária não se resumiu à criação do SUS. Disponível em <http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/Arouca.html> . Acessado em 27/11/2004.
10. Freire P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
11. Freire P. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
12. Freire P, Faundez A. Por uma pedagogia da pergunta. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985.
13. Nunes ED. Sobre a sociologia da saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
15. Santos JA. O Princípio da Hegemonia em Gramsci. Lisboa: Veja; 1986.
16. Foucault M. Os Anormais: curso no Collège de France (1974 - 1975). São Paulo: Martins Fontes; 2002.
17. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Sabotagem; 2004.
18. Santos BS. Boaventura debate futuro da esquerda. Rio de Janeiro: Jornal do Brasil, 10/09/1995.

19. Lefèvre F. Mitologia Sanitária: Saúde, Doença, Mídia e Linguagem. São Paulo: EDUSP; 1999.

Endereço para correspondência:

Jorge Alberto Buchabqui

Rua Senador Anibal Di Primio Beck, 355

Porto Alegre – RS – Brasil

e-mail: jbuch@terra.com.br