

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS, AMBIENTE E
SOCIEDADE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PRÁTICA HOMEOPÁTICA E EDUCAÇÃO POPULAR: PAUTA PARA UM
DIÁLOGO**

GRACIELA ESTHER PAGLIARO

Orientadores

Prof^ª. Rosely Magalhães de Oliveira e

Prof Eduardo Navarro Stotz

Rio de Janeiro

2004

Catálogo na fonte**Centro de Informação Científica e Tecnológica****Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

P138p

Pagliaro, Graciela Esther

Prática homeopática e educação popular: pauta para um diálogo. / Graciela Esther Pagliaro. Rio de Janeiro : s.n., 2004.

130 p., tab.

Orientador: Oliveira, Rosely Magalhães de
Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

1.Homeopatia. 2.Educação em saúde. 3.Participação comunitária. I.Título.

Dedico este trabalho
à comunidade do Morro dos Cabritos
que através de suas mães, avós e educadoras
foi ponte
e instrumento
a um universo
sensível, simbólico e imenso

Agradecimentos

Ào meu companheiro de todas as horas, Carlos, grande incentivador desta jornada

À Rosely, minha orientadora e amiga, que trilhou caminhos semelhantes e por isso foi grande

À Eduardo Stotz, amigo, co-orientador e grande “atiçador” deste trabalho

Ao mestre Victor Valla por tudo que é e já mostrou

Aos mestres da Escola Nacional de Saúde Pública pelos ensinamentos

Aos meus colegas de mestrado, Dani, Fabiana, Ana Paula, Rosaline, Paulo, Renata pelo companheirismo, afeto e amizade

Ao meu amigo Hylton Luz pela orientação homeopática e por ter facilitado o encontro com este campo

Aos colegas, funcionários e voluntários da Ong Homeopatia Ação pelo Semelhante, meus amigos, com quem compartilho ansiedades e alegrias

Às educadoras da creche comunitária “Tia Sônia Crispiniano” pelo acolhimento e confiança

Às mães e avós da comunidade do Morro dos Cabritos que lutam incansavelmente na busca de um existir mais digno

À Rede de Educação Popular e Saúde, à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, e ao Elos/Fiocruz onde encontrei pessoas sérias, comprometidas e grandes amigos

Às montanhas de Mury que através do silêncio e beleza foram grandes inspiradoras

À Isa e Cecília pela grande ajuda

Quem construiu a Tebas das sete portas?
Nos livros constam os nomes dos reis.
Os eis arrastaram os blocos de pedra?
E a Babilônia tantas vezes destruída
Quem a ergueu outras tantas?
Em que casas da Lima radiante de ouro
Moravam os construtores?
Para onde foram os pedreiros
Na noite em que ficou pronta a Muralha da China?
A grande Roma está cheia de arcos de triunfo.
Quem os levantou?
Sobre quem triunfaram os césares?
.....Felipe de Espanha chorou quando sua Armada naufragou.
Ninguém mais chorou?
.....Uma vitória em cada página.
Quem cozinha os banquetes da vitória?

.....Tantos relatos.
Tantas perguntas.
(Bertolt Brecht)

RESUMO

No campo da produção de conhecimento em saúde, as contribuições de outras racionalidades médicas que permitam uma visão mais integral do binômio saúde/doença e que possibilitem pensar relações mais humanas com os pacientes /usuários são importantes e devem ser consideradas. Este trabalho discute esta questão através da prática de educação popular e saúde utilizando como instrumento educativo o caso clínico homeopático discutido coletivamente. Para isso, são promovidas e analisadas três oficinas pedagógicas com diferentes atores sociais: responsáveis de crianças, educadoras de creche comunitária e médicos da ONG Homeopatia Ação Pelo Semelhante. O local da pesquisa e realização das oficinas foi o Morro dos Cabritos, Copacabana, Rio de Janeiro, onde a ONG atua em assistência médica e educação em saúde. Os discursos individuais expressos nas oficinas são sistematizados por grupos (responsáveis, educadoras e médicos) buscando a identificação/construção do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre F.& Lefèvre AMC & Teixeira JJV.,2000). O caso clínico homeopático é analisado como um instrumento valioso no processo de aprendizagem, como um método passível de ser utilizado em educação popular e saúde, possibilitando problematizar e refletir sobre toda a complexidade presente na discussão sobre saúde.

Determinadas características da prática médica homeopática contribuem para a auto estima, o auto conhecimento e a autonomia das pessoas, aproximando-se de aspectos relacionados à prática da educação popular. Porém, a primeira apresenta limitações para lidar com as questões sócio-econômicas presentes na determinação de saúde. Verifica-se que a articulação de uma prática médica à educação popular pode contribuir positivamente nas limitações da prática médica homeopática para lidar com essas questões.

ABSTRACT

Within the field of knowledge production on health, contributions from different medical rationalities which allow for a more wholesome perspective of the health/illness tandem, encouraging as well the development of more human patient/users relationships are important and must be considered. This paper approaches this subject through the practice of popular education and health, using as its educational instrument the homeopathic clinic case discussed on a collective basis. In order to attain this objective, three pedagogical workshops are organized and analyzed with different social agents: children's parents (or their primary carers), community daycare center caregivers and doctors of the NGO "Homeopatia Ação Pelo Semelhante" (Homeopathy – Action Through the Like). Both the research and the workshops have been held at "Morro dos Cabritos", Copacabana, Rio de Janeiro, where this NGO acts providing medical assistance and health education. The individual statements expressed in the workshops are systematically arranged in groups (parents/carers, caregivers and doctors) seeking the identification/construction of the Discourse of the Collective Subject (Lefèvre F. & Lefèvre AMC & Teixeira JJV., 2000). The homeopathic clinic case serves as a valuable instrument in the learning process, i.e, a method which could be used in popular education and health to help define the problem nature as well as to think over all the complexity involved in the health discussion.

Certain features of the homeopathic medical practice help promote self-esteem, self-knowledge and autonomy in people, thus resembling some aspects related to the popular education practice. However, the homeopathic practice faces restrictions when it comes to approaching the socioeconomic issues present in the health evaluation. One observe that coupling medical practice to popular education can positively contribute to reducing the restraints the homeopathic medical practice encounters when dealing with such issues.

SUMÁRIO

Introdução -	01
Capítulo I – Educação Popular e Saúde: Discussão Pedagógica e Perspectiva Histórica.....	08
I.I – Discussão Pedagógica.....	13
I.II – E Retornando à Saúde.....	22
Capítulo II – A Prática Homeopática.....	29
II.I – O diagnóstico.....	33
II.II – A terapêutica.....	36
II.III – Possibilidades Educativas.....	41
Capítulo III – Trilha metodológica.....	44
III.I – O Caso clínico como estratégia de educação popular e saúde.....	44
III.II – O caso clínico – a experiência da ONG HAPS.....	49
III.III – Definição do local de estudo: a comunidade do Morro dos Cabritos.....	51
III.IV – Organização dos dados e análise.....	54
Capítulo IV – Resultados.....	57
IV.I – A demanda local e a pesquisa.....	57
IV.II – O caso clínico problematizado.....	59
IV. III – As oficinas.....	61
IV. IV – Oficina com os pais/responsáveis (agosto/2003).....	62
IV.V – Oficina com as educadoras da creche comunitária (novembro/2003).....	73
IV.VI – Oficina com os médicos (novembro/2003).....	83
IV.VII-A busca de soluções.....	94
Capítulo V – Discussão e análise.....	97
V.I- Análise da Prática Educativa.....	97
V.II – Análise Comparativa das Idéias Centrais dos Discursos: Diagnóstico e Terapêutica conforme os atores sociais.....	102
V.II.I – Análise das Idéias Centrais sobre o Diagnóstico.....	102
V.II.II – Análise das Idéias Centrais sobre a Terapêutica.....	109
V.III – Caso clínico como instrumento.....	115
V.IV- Análise do método DSC.....	119
Considerações Finais.....	120

Referências Bibliográficas

ANEXOS

I - A HOMEOPATIA NO SUS

II - CASO CLÍNICO ANA CAROLINA

QUADROS APRESENTADOS

Páginas

Quadro 1 - Síntese do conteúdo dos discursos dos responsáveis de crianças de creche sobre o caso clínico -idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico.....	65
Quadro 2 - Síntese do conteúdo dos discursos dos responsáveis de crianças de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre a terapêutica.....	70
Quadro 3- Síntese do conteúdo dos discursos das educadoras sobre o caso clínico -idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico.....	76
Quadro 4 - Síntese do conteúdo dos discursos das educadoras sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre a terapêutica.....	79
Quadro 5 - Síntese do conteúdo dos discursos dos médicos da ONG HAPS sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico.....	84
Quadro 6 - Síntese do conteúdo dos discursos dos médicos da ONG HAPS sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre a terapêutica.....	87
Quadro 7 - Quadro Comparativo das Idéias Centrais dos DSC sobre o diagnóstico nas responsáveis, educadoras e nos médicos.....	103
Quadro 8 - Tipo de conhecimento produzido por diferentes atores sociais sobre o diagnóstico de Chiquinho.....	104
Quadro 9- Quadro Comparativo das Idéias Centrais dos DSC sobre a Terapêutica nas responsáveis, educadoras e nos médicos.....	110

SIGLAS UTILIZADAS

ONG HAPS - Organização Não Governamental- Homeopatia Ação Pelo Semelhante

EP - Educação Popular

EPS - Educação Popular e Saúde

AMHB - Associação Médica Homeopática Brasileira

INTRODUÇÃO:

O ponto de partida de reflexão deste trabalho acontece em 1999, quando um grupo de médicos homeopatas se reúne e funda uma organização não governamental (ONG), Homeopatia Ação pelo Semelhante (HAPS), com a finalidade de ampliar a inserção homeopática na saúde pública brasileira através da geração de dados que expressem as potencialidades desta forma de atenção. Quase simultaneamente, é lançada a campanha “Adote a Saúde de Uma Criança” onde começa o atendimento médico a crianças da comunidade do Morro dos Cabritos encaminhadas pela única creche comunitária existente na época.

As razões que fundamentam a criação da ONG HAPS e que estabelecem a orientação inicial dos trabalhos se baseiam na observação de três aspectos que estão na ordem do senso comum e que são notadamente contrastantes: a homeopatia é efetiva, tem baixo custo no tratamento da grande maioria dos agravos primários à saúde e é mínima a sua representatividade na totalidade dos serviços públicos de saúde no território nacional ainda que o contingente de praticantes esteja na ordem de 15000 médicos. Pode-se concluir desde já que a prática da homeopatia no Brasil ainda está representada, na sua grande maioria, pelo exercício liberal da medicina. Um dos objetivos da ONG HAPS é gerar indicadores sobre os aspectos acima mencionados.

Com relação às ONGs, vários autores mais críticos têm sinalizado para a tendência de políticas neoliberais estarem induzindo à desresponsabilização do Estado em relação a suas funções e deveres e chamando para isso organizações voluntárias e o Terceiro Setor para substituí-lo nesta provisão. Embora esta questão seja de fato muito importante e mereça ser avaliada, é no Terceiro Setor onde temos tido atores sanitários alternativos que muito têm contribuído para as práticas que envolvem técnicos e população numa perspectiva de uma distinta concepção de saúde. Vasconcelos EdM (2003) avaliando esta questão no campo da saúde mental conclui que através de uma visão ultra autonomista (propostas que visam usuários criando suas próprias alternativas abrangentes de cuidado)

pode-se claramente estar reforçando a atual tendência de desresponsabilização neoliberal do Estado, particularmente em países do Terceiro Mundo. Para Wong Un (2002), quase toda a formalização e reflexão sobre “comunidade” que a Organização Mundial de Saúde e outros organismos têm produzido foi retirada das culturas de saúde produzidas pelo Terceiro Setor.

Desde o início, no planejamento do que se queria construir, as ações educativas ocupavam um espaço onde se imaginava poder trabalhar a produção do conhecimento em saúde dentro de outra racionalidade médica, a homeopatia. A Educação em Saúde como se conhece está baseada na racionalidade biomédica. Este tipo de contribuição era desconhecido pelo grupo e não havia descrições deste tipo de trabalho em outros serviços onde a homeopatia era oferecida como tratamento médico. O pressuposto básico era o de que trabalhar com outra racionalidade, a homeopatia, na qual se definem dimensões próprias desde a cosmologia¹ à terapêutica, passando pela morfologia humana (ou anatomia), dinâmica vital (ou fisiologia), doutrina médica (onde se considera o processo doença/cura e suas origens) e a diagnose (Luz, 1993), abre uma possibilidade de produzir conhecimento em saúde pouco considerada dentro do campo da saúde pública. Pretendia-se, nesta perspectiva, que princípios norteadores de uma racionalidade médica fossem disponibilizados às pessoas envolvidas.

O Núcleo de Saúde Comunitária da ONG HAPS, o qual coordeno, foi criado com o objetivo central de refletir sobre estas questões assim como problematizar a prática homeopática na área da saúde coletiva. Identificar lacunas que são minimizadas nos consultórios particulares e que exigem reflexão e propostas de soluções ainda não conhecidas é um dos desafios deste núcleo.

Minha trajetória dentro da área da homeopatia já representa 26 anos de trabalho. Mesmo antes da graduação como médica, já trilhava os caminhos da prática homeopática. Acompanhava a prática clínica de um grupo de médicos recém formados e junto a eles

¹ Cosmologia como um conjunto organizado e definido de visão de mundo.

participava de um grupo de estudos. Minha prática se encontra centrada especificamente na assistência médica, atendendo basicamente as classes sociais que podem freqüentar o consultório privado, o que nada a diferencia da prática da maioria dos homeopatas do país. Dentro da educação, a necessidade de transmitir e repassar um conhecimento e uma experiência num campo onde faltavam docentes, me estimulou a prática do ensino da homeopatia dentro dos cursos de formação de especialistas, prática esta que venho exercendo desde 1982. No momento participo da Comissão de Educação da Associação Médica Homeopática Brasileira onde, junto ao Conselho de Entidades Formadoras do país, se desenvolve, entre outros, o projeto de definição de competências do médico homeopata em todas as áreas de atuação. Hoje, realizando uma auto avaliação da minha participação neste trabalho atual na ONG HAPS, posso afirmar a existência de uma afinidade especial que muito vem gratificando a minha vida. Sou capaz de identificar em mim mesma um desejo e uma satisfação que vem me impulsionando a trilhar caminhos novos dentro da experiência profissional embora bastante conhecidos da minha afetividade e das emoções, pois trabalhar junto às classes populares, interagindo no seu cotidiano, é para mim um enorme prazer.

Na prática da medicina homeopática encontra-se a manifestação de um universo particular, desde a concepção de saúde/doença até a ação terapêutica. Valorizando o homem no seu aspecto integral e reconhecendo-o como sujeito de sua saúde, as consultas permitem o acolhimento de sua livre narrativa, estimulam o desenvolvimento da capacidade de auto conhecimento do corpo e da mente, a auto observação das alterações de saúde, assim como as inter-relações com o meio, favorecendo o resgate do domínio e da autonomia do indivíduo sobre o seu próprio corpo e sobre sua própria vida. A posse desta autonomia oferece aos sujeitos a possibilidade de optarem onde, com quem e como desejam tratar suas desordens, assim como promoverem escolhas que orientem uma vida com menos sofrimento.

Na medida em que o grupo da ONG ia se capacitando dentro da área de educação e saúde, a estratégia metodológica foi sendo delineada e leituras "perpendiculares" entre

homeopatia e educação popular apontaram sua possível integração no campo da educação popular e saúde. O contato com o professor Victor Valla foi fundamental neste momento .

Estudos sobre a pedagogia de Piaget (Cunha, 1973; Piaget, 1972) e sobre o construtivismo foram de importante ajuda. A idéia de formar grupos educativos tomou corpo a partir das colocações de Piaget, nas quais o fator social é um dos elementos básicos do desenvolvimento mental e onde a melhor forma de individualizar é trabalhar em grupo. No grupo cada participante tem a oportunidade de comportar-se de acordo o seu potencial e desta forma expressar a singularidade de sua personalidade, além de poder receber auxílio dos seus companheiros. São interações nas quais a cooperação prevalece sobre a competição.

Ao pensar em trabalhar com grupos de pais que mantinham seus filhos em tratamento homeopático na ONG HAPS, o núcleo de saúde comunitária desta instituição se viu no lugar de ter que desenvolver um processo educativo que não se reduzisse à relação médico paciente, e que por outro lado também representasse a racionalidade homeopática em toda a sua dimensão. Nesse cenário nasce o estudo de casos clínicos coletivamente construídos que buscam ser representativos da comunidade em questão, e que traduzem a história de indivíduos (Pagliaro, 2001). A reflexão inicial se deu no 1º. curso de especialização em Educação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. A experiência com este tipo de metodologia educativa vem preenchendo lacunas onde pacientes de serviços, agrupados não por suas desordens fisiopatológicas e sim por compartilharem uma forma diferente de lidar com estas desordens - a homeopatia - são estimulados a problematizar sobre situações de vida e saúde em coletividade.

O trabalho homeopático desenvolvido nesta instituição tem a sua história na Escola Kentiana do Rio de Janeiro do Instituto de Homeopatia James Tyler Kent, onde alguns professores e alunos desenvolveram metodologias de ensino e aprendizagem da prática homeopática que objetivou conhecer as competências e habilidades consideradas básicas para o exercício da homeopatia. Segue-se uma linha unicista onde um medicamento em

dose única é prescrito sempre que se julgar necessário². As consultas para as crianças da comunidade do Morro dos Cabritos são gratuitas e os medicamentos são doados por algumas farmácias com as quais temos convênios.

A perspectiva com que se busca trabalhar a vida comunitária enfatiza as suas potencialidades e não as suas carências, buscando acima de tudo conhecer as capacidades e fortalezas das pessoas frente às questões de saúde que neste contexto são todas as questões da vida. Segundo Wong Un (2002:70) “*Se pensarmos nas conseqüências do reconhecimento e valorização da cultura que estes grupos produzem, podemos nos concentrar mais nas capacidades pessoais e organizacionais*”. Segundo este autor, comunidade representa uma visão de um sistema multidimensional que envolve relações, organizações e pessoas de vários níveis assim como dimensões físicas, estruturais, históricas e espaciais que configuram uma forma sempre provisória, existente sempre na medida que se movimenta. Desta maneira deve-se considerar sempre a possibilidade de criar, improvisar, deixar surgir o novo, usando a razão como pauta, como um roteiro a partir do qual é realizada uma criação. Esta visão potencializa a capacidade de conhecer através do sentimento e das dimensões subjetivas.

O projeto de atenção à saúde em homeopatia na ONG HAPS, aproxima-se muito daquilo que se entende como um serviço integral à saúde, na medida em que se pode praticar uma nova abordagem dos problemas de saúde em seu aspecto global. É comum ver-se associado o progresso na assistência à saúde com o desenvolvimento tecnológico através das modernas técnicas cirúrgicas e de diagnose. Porém, não podemos deixar de lado modelos de atenção à saúde que possam estar de acordo com as condições políticas, econômicas e sociais da sociedade e que representem formas efetivas de tradução de autonomia e dignidade dos sujeitos envolvidos. Nosso pressuposto é que a homeopatia é um desses modelos na medida que significa uma medicina que olha o sujeito no seu sentido integral, valoriza o seu contexto através da sua narrativa e que, por prescindir de muitos dos

² Na realidade quando se utiliza o termo unicista na homeopatia a referência é muito mais ampla que a descrita neste trabalho. O unicismo representa a orientação de uma escola que compreende todas as dimensões consideradas numa racionalidade médica.

exames complementares solicitados habitualmente e derivar muito menos a especialistas, pode ser de muito baixo custo.

No presente trabalho, busca-se fazer uma reflexão sobre a prática de educação e saúde referenciada pela homeopatia e desenvolvida pela equipe da ONG. Um dos pontos de partida é a concepção "freireana" de educação compreendida como um processo social permanente, contínuo, entre indivíduos que apresentam saberes diferentes e relativos e que deve objetivar a transformação da realidade para desenvolver as potencialidades das pessoas, dando a oportunidade para que sejam eles mesmos os sujeitos de sua própria educação. Nega-se, portanto, a idéia exclusiva de promover a adaptação do indivíduo à sociedade, tão característica de modelos de educação e saúde baseados em teorias comportamentalistas.

O objetivo central deste trabalho é identificar os pontos de encontro e de desencontro da educação popular e da prática homeopática quando se considera a construção de conhecimento sobre saúde em grupo social específico. O grupo social específico é, não apenas um grupo com dimensões culturais, históricas, espaciais próprias, mas também uma população que de forma direta ou indireta vem tendo acesso e contato com uma outra racionalidade médica, a homeopatia. Como objetivos específicos estão: descrever, discutir e analisar as possibilidades educativas da prática clínica da homeopatia; conhecer as possibilidades de construção de conhecimento em saúde que permitam, a partir da discussão de casos clínicos homeopáticos, refletir sobre os aspectos sociais e biológicos das alterações de saúde; apontar para as possíveis lacunas da prática médica homeopática; identificar a educação popular e saúde como prática complementar à prática médica.

No princípio da pesquisa considerou-se a necessidade de promover oficinas com a população e os médicos que pudessem servir de suporte para o que se objetivava discutir. Porém, como no ano de 2003 a comunidade do Morro dos Cabritos demandou uma ação através das suas creches comunitárias, avaliou-se estratégico tomar esta experiência como base do trabalho aqui desenvolvido, na medida que representava um problema atual e real a

ser resolvido. A pediculose e a escabiose vinham causando problemas no convívio das crianças e nesse contexto fomos chamados a intervir na busca de soluções.

Inicialmente apresenta-se um capítulo (I) sobre EP e EPS, seus fundamentos e um pouco de sua história. A seguir no capítulo II apresenta-se a prática homeopática enfocando as dimensões do diagnóstico e da terapêutica que seriam aquelas referentes à prática médica. Alguns paralelos entre esta racionalidade e a biomedicina são feitos como forma de orientá-la dentro do nosso universo cultural de saúde. Como pesquisa qualitativa, no processo da construção de conhecimento são produzidos e analisados discursos de três atores sociais distintos: mães e avós de crianças das creches comunitárias, educadoras de uma das creches e médicos da ONG HAPS. A tabulação e a análise seguem orientações metodológicas específicas como se pode ver no capítulo III, capítulo referente aos procedimentos metodológicos. Neste mesmo capítulo apresenta-se o caso clínico como instrumento pedagógico, situando-o na história do ensino médico assim como na história do trabalho da ONG HAPS. Os resultados destes discursos com breves análises que aconteceram sempre que considerados necessários são apresentados no capítulo IV. O último capítulo, o V, é onde se apresenta uma discussão e análise sobre a experiência educativa, sobre os discursos produzidos e sobre o instrumento educativo proposto. Ainda se analisa brevemente o método utilizado nesta pesquisa.

CAPÍTULO I - EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE: REVISÃO PEDAGÓGICA E PERSPECTIVA HISTÓRICA

A sistematização do método da Educação Popular, que tem em Paulo Freire uma de suas figuras centrais, ainda é um desafio para todos aqueles que se propõem a trabalhar com o tema. A restauração da intersubjetividade; a negação da dicotomia entre reflexão e ação humana considerando ação e mundo, mundo e ação intimamente solidários; a pedagogia libertadora como conquista contra uma realidade opressora; a crítica a uma educação verticalizada, bancária e a escuta do saber do educando são alguns aspectos fundamentais (Freire, 1970), mas que não facilmente conseguem se traduzir em ação pedagógica. Neste capítulo, inicialmente, ao descrever como se deu o processo histórico da EP busca-se entender e, quem sabe até, justificar a opção pela EP. Em seguida passo uma breve revisão pedagógica de educadores tais como Piaget, Vigotsky, Ausubel, Bordenave e Wertsch & Del Rio & Alvarez, que nos pareceram desenvolver uma reflexão próxima ao nosso objeto. Posteriormente particularizo a questão no campo da saúde.

Falar sobre Educação Popular e Saúde (EPS) é necessariamente falar de Educação Popular (EP). É através dela, e de sua história, que profissionais de saúde foram desenvolvendo formas de atuar junto à população buscando incorporar os saberes construídos através de suas experiências de vida e considerando tudo aquilo que representa valores, práticas e processos simbólicos.

O primeiro questionamento que geralmente se faz em relação à EP relaciona-se ao destinatário da ação. Seria a EP uma educação para as classes populares da população? Ou esta seria uma “educação informal” ? Avalia-se que a sua definição foi sendo construída muito mais por sua intencionalidade política do que pela “população alvo da ação”. Constata-se que existe nela uma intencionalidade social participativa, ética, igualitária numa procura por uma sociedade diferente daquela construída a partir do capitalismo. Objetivos, métodos, formas de ação e orientações de práticas e programas apresentam tal diversidade que sistematizá-los tem sido uma questão.

Lovisoló (1990), diferencia o significado de EP conforme esteja referido às práticas educativas das classes populares e às ações de educação para os populares. Para este autor a consideração do tipo de atores implicados no processo da EP também é importante para identificar o objeto do estudo, pois, na EP a interação educativa se daria entre atores oriundos de classes, universos mentais ou de formações socioculturais diferenciados: intelectuais das classes médias e classes populares. Para o autor, ações educativas entre atores de uma mesma classe popular receberiam a denominação de “formas educativas populares”. Se bem a história da EP estabelece concordância com esta consideração, visto que o surgimento e a manutenção das práticas estiveram por muito tempo calcadas neste modelo, intelectuais e populares, já há algum tempo que se pode afirmar e comprovar a existência de muitos movimentos populares onde todos os atores envolvidos são da mesma classe social e até mesmo da mesma comunidade. Uma demonstração disso é um dos resultados da pesquisa sobre o perfil dos movimentos e práticas de educação popular, onde se vê declarada como uma das experiências mais importantes e freqüentes a formação e a multiplicação de educadores em saúde (ANEPS, 2004). Lovisoló (1990) preocupado com esta questão da *conciliação* entre classes assimétricas, afirma que no pensamento de Paulo Freire há uma opção conciliadora desde o nascimento da EP.

O que parece indubitável é a afirmação de que a EP se baseia num compromisso com o povo ou com as classes populares e a insistência de que não se trata de uma educação *para* o povo, mas sim um trabalho educativo *com e junto* ao povo ou seus segmentos constitutivos. É nesse sentido que a questão dos princípios metodológicos da EP ganham peso quando se pretende conceituá-la, sempre que falamos numa pedagogia cujo núcleo concebe o educador como um interlocutor, como um estímulo para que o educando formule suas perguntas e encontre, por meio da autonomia, suas respostas. Uma pedagogia destinada ao desenvolvimento de capacidades potenciais e não simplesmente à aquisição de recursos de um estoque cultural já dado, destinado à autopromoção individual e/ou coletiva.

A chegada da idéia de EP no nosso meio latino-americano se deu como um triunfo de uma classe que trazia como idéia renovadora um projeto de Educação: a democratização.

No começo dos anos 60 considerável parcela das forças católicas voltou-se para a educação não escolar da população adulta com financiamento público, o que reduziu a importância da disputa escola pública *versus* escola privada. Os caminhos tomados pelo Movimento da Educação de Base (MEB) e o desdobramento das idéias que orientaram os jovens católicos daquela época possibilitaram uma aproximação dos princípios pedagógicos da Escola Nova. Muitos militantes católicos participaram não apenas do MEB, mas de diversos movimentos que organizados pela sociedade civil ou desta com o Estado foram capazes de ampliar o raio de ação e a “politização” da educação para adultos (Paiva, 1984).

Assim, na década de 60, aparecem Paulo Freire e sua equipe de trabalho, que propõem que os processos metodológicos para a alfabetização de adultos transcendam as técnicas e centrem-se em elementos de conscientização política. Lançam seu manifesto contra a educação bancária que desumaniza o homem e o converte num depósito de conteúdos e propõem como saída a educação problematizadora. Lovisolo (1990) reconhece o caráter marcadamente latino-americano da EP desde os trabalhos e estudos desenvolvidos pioneiramente por Freire até a multiplicação de suas atividades na América Latina. Um amplo projeto polissêmico continha experiências reunidas sob o nome de “cultura popular”. Educação popular e trabalho político-pastoral fundiram-se progressivamente, especialmente nos países onde, em consequência dos golpes militares, a Igreja Católica mostrou ser a única instituição suficientemente forte para seguir atuando nas camadas populares, como foi o caso brasileiro.

Tentaremos, entretanto, pensar na EP como tendo um grau suficiente de autonomia que permite focalizá-la sem a vinculação com a Igreja Católica e com o processo educativo da Teologia da Libertação. É assumida por intelectuais e organizações não vinculadas à Igreja Católica e mesmo não religiosas.

O que se entendia por educação popular acabou sendo a fusão do trabalho político com o trabalho político-pedagógico mais amplo, com o movimento sindical e a organização dos mais variados setores da sociedade civil. Houve um deslocamento para o conteúdo político da educação, aparecendo como legitimamente digna de tal qualificação apenas a

educação produzida pelas classes populares ou para as mesmas em função de seus interesses de classe.

Na década de 70, fruto em parte do debate e da recuperação do pensamento de Antônio Gramsci, constatou-se a necessidade de abrir a luta no espaço do cultural. Este novo enfoque mudou o conceito de cultura de simples saber enciclopédico até o reconhecimento de que no povo existem saberes que dialogam como saber culto, num processo de espiralidade³ cultural (Jimenez, 1989).

O duplo caráter de ser projeto cultural e político relativizou os processos particulares de cada país e de cada experiência, o que permitiu afirmar que os processos de EP são compreensíveis à luz do processo histórico de luta de cada país e, na situação concreta de cada região dentro do país, sem negar a sua unidade no projeto mais global de luta dos explorados do continente latino-americano e dos pobres do resto do mundo. Por isso, transformar seu projeto como único em métodos e em dispositivos pedagógicos não é mais que uma pretensão de discursos hegemônicos no interior do campo popular.

A formação e recriação cultural e social dos setores sociais cumprem um papel específico na atividade educativa. O contexto social e suas histórias orais devem ser recuperados e dinamizados como parte do processo social da EP. Pode-se dizer que a riqueza das particularidades culturais são aspectos inseparáveis no processo pedagógico da EP. No trabalho como educadores populares sabe-se existir uma circulação de conhecimentos que cada vez mais são escondidos para que não apareçam diante da “cultura ilustrada” e sejam assim, desqualificados. A tarefa é de alguma forma garantir que esses saberes não se percam e que sejam transferidos aos demais membros do grupo. A diversidade cultural nas diferentes regiões possibilita visualizar as várias maneiras de conhecer, assim como os diferentes saberes.

³ Espiralidade cultural é a que pretende mostrar como a cultura popular não ocorre em estado puro, mas que em seu processo de constituição e desenvolvimento, encontra-se com outras culturas populares, cultas ou de massa, e vai assumindo características dessas últimas, integrando-as em seus elementos mais primitivos, mas fornecendo-nos um sujeito do qual a característica fundamental é a mestiçagem (Jiménez, 1989).

Antes muito freqüentemente associada às experiências de alfabetização de adultos, a partir de meados dos anos 70, a EP passa a ser preferencialmente utilizada em seu sentido organizativo-conscientizador e a agregar novos valores ético-políticos como a democracia de base e a autonomia. Dentro desta nova concepção diversos movimentos reelaboram seu perfil abandonando práticas assistencial-filantrópicas para incentivar a “organização popular”. Entre os anos de 1974 e 1980 é surpreendente o montante de documentos produzidos em torno deste tema justamente quando há o maior crescimento dos movimentos populares e assim como de ONGs (Doimo, 1995).

Na década de 80 alguns educadores constatam que o saber popular não é algo para ser integrado e nem para ser convertido em objeto científico. Observam que a maioria das práticas de EP é colonizadora enquanto continua sendo a classe média a que tenta guiar os setores populares àquelas tarefas históricas que julgam dever desempenhar (Brandão, 1983). No contexto político caracterizado pelos golpes militares, a posição da EP foi pela dinâmica prolongada de conscientizar o povo, de se fazer uma nova Paidéia para as camadas populares que fosse, num mesmo momento, uma política, em detrimento da criação de grupo ou partido com capacidade militar a serviço do povo. E os educadores populares situaram e situam no centro da reflexão o problema do poder e da autoridade no relacionamento, fundamentando a relação educativa como igualitária, não assimétrica. Porém, o fantasma de estar tratando populares como rebanho ou como criança, de fato sempre emerge (Lovisol, 1990).

No estudo de Doimo (1995) sobre movimentos sociais e participação política pós 1970 no Brasil, encontramos referências ao nível de regularidade, homogeneidade e continuidade dos movimentos. Apresentam conexões ativas com a Igreja Católica, agrupamentos de esquerda e organizações não governamentais, abrigando intelectuais e profissionais empenhados na “causa popular”. A autora aponta o sensível declínio da curva desses movimentos populares a partir de 1986.

Apesar da ausência de um trabalho sistemático que apresente a EP nos últimos 20 anos⁴ podemos dizer que neste período as ONGs, bastante apegadas à pedagogia da EP, multiplicaram-se enormemente, mesmo sem ter um lugar sócio político claramente definido entre Estado e sociedade. Na entrada da década de 90 buscando superar a “síndrome de clandestinidade” estas organizações buscaram se articular em diversos fóruns regionais ou nacionais (Doimo, 1995).

No esquema sujeito-objeto, a EP nos devolve uma relação intersubjetiva, na qual diferentes saberes inter atuam para criar, recriar e transformar os conhecimentos e a realidade. Para Freire (1996), ensinar inexiste sem aprender.

II - DISCUSSÃO PEDAGÓGICA

Na atividade pedagógica popular há que se discernir entre uma série de opções e em um horizonte metodológico próprio onde se faz necessário que se façam perguntas e que se construa uma série de opções. Que tipo de conteúdos? Que forma pode garantir os valores objetivos? A que saber privilegiamos, o popular? O acadêmico? Como os integramos? Como propiciamos a informação? Qual é o papel do discurso em nossas atividades? Que tipo de pesquisa geramos? Como buscamos e produzimos conhecimento ?

É fundamental no método da EP o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Este conhecimento adquirido na vida cotidiana do trabalho das pessoas, das relações sociais entre elas, da luta pela sobrevivência e transformação da realidade é fragmentado, pouco elaborado, entretanto pode-se afirmar que representa a matéria-prima da EP. Rompe-se desta forma a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Assim diz-se que o trabalho pedagógico tem sido centrado na busca dos conhecimentos existentes nos diferentes grupos culturais, com ênfase no questionamento da realidade local. Ao se desvendarem os diferentes conhecimentos, podem-se construir conhecimentos novos com diferentes lógicas e relações quanto às questões de saúde, por exemplo.

⁴ Esta informação foi obtida em conversa informal com Pedro Benjamim Garcia, educador popular e

Segundo Jiménez (1989) pensar a EP, deve considerar:

1. Âmbito cultural em que se inscreve a atividade;
2. Conjuntura específica na qual se inscreve a prática;
3. Coerência entre concepção pedagógica e concepção política (o político pedagógico) e a manifestação dessa concepção através do método;
4. Produção de teoria que racionalize, sistematize e torne possível o avanço do processo, tirando-o do empirismo.

Segundo Freire (2002), o que importa no processo educativo é a promoção do homem, fazendo-o agente de sua própria recuperação, colocando-o numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas e dos problemas de sua comunidade. É o que se pode chamar de educação “problematizadora” ou “libertadora” em oposição à educação “bancária”. Bordenave & Pereira (2001) caracterizam a educação “problematizadora” ou “libertadora” com os seguintes aspectos:

- ✓ Uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no processo;
- ✓ A solução de problemas implica na participação ativa e no diálogo constante entre educador e educando. A aprendizagem é concebida como a resposta natural do aluno ao desafio de uma situação-problema;
- ✓ A aprendizagem torna-se uma pesquisa em que o aluno passa de uma visão “sincrética” ou global do problema a uma visão “analítica” do mesmo, através de sua teorização, para chegar a uma síntese provisória o que equivale à compreensão. A síntese tem continuidade na práxis, isto é, na atividade transformadora da realidade.

O século XIX é rico em tentativas pedagógicas práticas. Com o processo da Escola Nova, que deslocam o interesse de aprender como objetivo da Pedagogia para um *aprender a aprender*, tomou lugar novamente a Psicologia que começou a desenvolver-se centrada no indivíduo, do mesmo modo que a Medicina. Inicia-se um longo processo durante o qual a Psicologia dita seu discurso em nome da Pedagogia, de acordo com as forças das mesmas em cada momento deste século.

É considerando a pedagogia como a disciplina que se ocupa do *aprender a aprender*, que neste momento do trabalho passamos a empreender um diálogo com alguns pedagogos ou educadores, que pontuaram princípios considerados por eles fundamentais para o processo ensino-aprendizagem, e que podem ser identificados com os princípios da EP na forma como são descritos por Paulo Freire.

Piaget (Cunha, 1973) propõe uma escola centrada na criança que permita assimilar a realidade conforme o seu nível de desenvolvimento, ao invés de lhe serem impostos objetivos arbitrários. E embora a seqüência das estruturas mentais ao longo do desenvolvimento seja a mesma para todos os indivíduos, independente da idade cronológica, deve-se conhecer onde se encontra cada sujeito, qual o ponto de partida, que instrumentos de assimilação possui. A noção explicativa de **construção**, pivô da teoria de Piaget, resulta da acumulação seqüencial de estruturas que permitem o conhecer e é produto de uma interação do organismo com o meio e abre um amplo leque de probabilidades quando nos referimos aos resultados embrio-genéticos. Assim como para Einstein temos o relativismo, em Piaget podemos pensar no construtivismo seqüencial. A opção da didática derivada da psicologia de Piaget é formar um educando autônomo, crítico e criativo (Piaget, 1968).

O fator social, para Piaget, é um dos elementos básicos do desenvolvimento mental e a melhor forma de individualizar é trabalhar em grupo. Para a teoria piagetiana, todo desenvolvimento é caracterizado por um contínuo processo de descentração de um estado de egocentrismo inicial para uma objetividade sempre crescente, assinalada por coordenações cada vez mais numerosas. Como egocentrismo o autor quer indicar um estado de não diferenciação entre o sujeito e o mundo exterior, a atribuição pelo sujeito de seu ponto de vista a todos que o rodeiam. A interação social favorece o exercício da coordenação e o desenvolvimento do raciocínio, enquanto que este último auxilia a cooperação social. É na interação social que se desenvolvem as escalas de valores, a reciprocidade de sentimentos e a autonomia da consciência. Através da cooperação com o grupo a criança passa a compreender gradualmente o verdadeiro sentido da regra. A

qualidade e riqueza do meio social vão depender da qualidade das interações sociais que proporciona (Cunha, 1973).

Lendo Piaget podem-se identificar alguns pontos de confluência com a EP. A idéia de ter um professor que questiona e que é capaz de analisar as respostas junto com o educando em permanente "feed-back", sem condicionar de alguma forma, encontra eco no que a EP critica no tipo de transmissão de conhecimento que inculca comportamentos ou atitudes de uma forma vertical. Também se pode avaliar o incentivo a autonomia e a ênfase na auto estima quando se vê a valorização, em Piaget, na descoberta, do que se quer demonstrar, pelo próprio sujeito e na iniciativa e atividade do mesmo. Quanto mais for tratado como sujeito, com algo a oferecer à comunidade na qual vive, quanto mais se lhe permitir a experiência direta, tanto melhor "aprenderá a aprender", quanto mais participar da organização e da coletividade, mais poderá enfrentar a solução de problemas, a tomada de decisões e a colaboração com os outros. Situações são sugeridas a fim de que ele seja levado a investigar e raciocinar espontaneamente e adquira confiança no seu próprio raciocínio.

Em 1973, Piaget no seu "Para Onde Vai a Educação?" (1973) encontra-se um comentário ao artigo 26 da Declaração dos Direitos do Homem (ONU) onde adverte que não é um educador de ofício e sim um cientista, um psicólogo conduzido por suas pesquisas a estudar os problemas da formação do homem e conclui, limitando sua atuação, quando afirma:

“Afirmar o direito da pessoa humana à educação é assumir uma responsabilidade muito mais pesada do que assegurar a cada um a posse da leitura, da escrita e do cálculo: é propriamente garantir a toda criança o inteiro desenvolvimento de suas funções mentais e a aquisição de conhecimentos e de valores morais correspondendo ao exercício dessas funções, até a adaptação da vida social atual”.

(Piaget, 1973:40).

Piaget revolucionou a psicologia e conseqüentemente a Psicologia Educacional. David Ausubel et al (1980), pedagogo que estudou a Psicologia Educacional e trouxe a teoria da aprendizagem significativa, também pode ser considerado quando estamos nos referindo à EP. A aprendizagem significativa processa-se quando o material novo, idéias e informações que apresentam uma estrutura lógica interage com conceitos relevantes e inclusivos, claros e disponíveis na estrutura cognitiva, sendo por ela assimilados contribuindo para sua diferenciação, elaboração e estabilidade. No caso da EP podemos pensar que estes conceitos prévios são os conhecimentos daquela cultura, estruturas simbólicas, particular do grupo específico com que se está trabalhando. Para Ausubel a aprendizagem significa organização e integração do material na estrutura cognitivista, e não importa se o trabalho é através da descoberta de conteúdos pelo educando ou se o que está sendo considerado é um processo de transmissão-recepção, onde o que deve ser apreendido é apresentado ao aprendiz no seu formato final. Pode-se falar em aprendizagem significativa sempre que o estudante tender a relacionar novas informações aprendidas significativamente à sua estrutura de conhecimento pré-existente e se a tarefa de aprendizagem em si mesma for significativa. A tarefa é definida significativa se ela própria consiste de material plausível e sensível e se puder estar relacionada de uma forma não arbitrária, essencial, à estrutura cognitiva de um educando em particular. Nesse sentido é que se pode dizer que, no princípio de Ausubel, o fator isolado mais importante influenciando a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe. Fica claro, no entanto, que não importa aqui como chega ou atinge o educando o material a ser conhecido. Seja de forma vertical, transmissão-recepção, seja através da descoberta individual ou coletiva, se tiver havendo a valorização dos significados pré-existentes estaremos frente à aprendizagem significativa.

Ausubel se propõe a estudar o ato da formação dos significados ao nível da consciência ou em outras palavras a estudar o ato da cognição. À medida que o indivíduo se situa no mundo estabelece relações de significados, ou seja, atribui significados à realidade em que se encontra. Estes significados não são entidades estáticas, mas pontos de partida para a atribuição de outros novos significados (Ausubel, 1980).

Este valor dado aos significados pré-existentes, considerados até mesmo fundamentais para o processo ensino-aprendizagem quando se está na dimensão do individual, evoca, na dimensão do coletivo dentro do campo da EP, a importância dada a um saber que se constrói a partir e pelo que todos e cada um dos participantes de uma comunidade podem trocar uns com os outros.

A abordagem sociocultural que tem como uma das fontes principais os trabalhos do especialista em semiótica e teórico pedagogo Vygotsky e seus seguidores, objetiva explicar as relações entre o funcionamento da mente humana, de um lado, e as situações culturais, institucionais e históricas nas quais esse funcionamento ocorre, por outro. Vygotsky, assim como seus colegas das décadas de 20 e 30, se comprometeram a formular uma psicologia baseada no Marxismo. Um dos princípios fundamentais para todos era a crença em algum tipo de progresso e racionalidade humana universal. A racionalidade envolvida era vista como sendo acessível a toda a humanidade, embora alguns grupos e indivíduos não estejam em estágios semelhantes no seu domínio sobre ela. Vygotsky parecia reconhecer uma relação complexa entre história enquanto mudança e história, enquanto progresso humano universal. O aspecto particular da história que era de maior interesse para ele era “as esferas simbólicas - comunicativas da atividade na qual os humanos coletivamente produzem novos meios para regular o comportamento”. Cada cultura tem suas próprias configurações sociais, psicológicas e históricas e devem ser compreendidas em seus próprios termos (Wertsch, Del Rio, Alvarez, 1998).

A mediação e a ação humana são dois temas fundamentais que perpassam por toda a pesquisa sociocultural. Um dos caminhos básicos pelo qual o contexto sociocultural ajusta o mecanismo da mente é pelos instrumentos culturais empregados. A mediação traz uma formulação de como esse ajuste acontece, enquanto a ação humana, compreendida como um tipo de comportamento possível para um animal tipicamente usuário de símbolos como o homem, especifica como os instrumentos culturais existem e produzem seus efeitos. Neste sentido deve-se reconhecer a ação humana como unidade de análise. A ação pode ser externa bem como interna, pode ser conduzida por grupos, pequenos ou grandes, ou por indivíduos. A partir deste tema podemos dizer que o objetivo de uma abordagem

sociocultural é explicar as relações entre a ação humana, por um lado, e as situações históricas, institucionais e culturais nas quais essa ação ocorre, por outro.

O uso da “atividade” ou do “acontecimento” como unidade de análise, com contribuições ativas e dinâmicas dos indivíduos, seus parceiros sociais e tradições históricas e materiais e suas transformações, possibilita uma reformulação da relação entre o indivíduo e os ambientes sociais e culturais nos quais cada um está inerentemente envolvido com o outro. Não existem separadamente (Rogoff, 1998).

A abordagem do aprendizado nesta perspectiva sociocultural pode estar adequada às práticas de EP na medida que compreende uma idéia ampliada de aprendizado para qualquer atividade culturalmente organizada, institucionalizada ou não. O modelo concebido está no plano de uma atividade comunitária envolvendo indivíduos ativos e participando com outros em atividade culturalmente organizada que tem como parte de seu propósito o desenvolvimento da participação responsável na atividade por pessoas menos experientes (Rogoff, 1998). Poderíamos criticar a qualificação de “menos experientes” e considerar pessoas com experiências distintas.

Os outros dois planos através do qual podemos olhar a atividade sociocultural além do aprendizado, segundo Rogoff (1988), são a participação guiada e a apropriação participatória. Por participação guiada se compreende os processos e sistemas de envolvimento entre as pessoas à medida que elas se comunicam e coordenam esforços ao participar de atividades de cunho cultural e por apropriação participatória a referência às mudanças pelos quais passam os indivíduos através de seu envolvimento em uma outra atividade.

As práticas de EP compreendem estes planos e podemos afirmar que este diálogo se estreita e se aproxima bastante de Vygotsky quando vemos a ênfase dada por este autor aos papéis interdependentes do indivíduo e o mundo social no desenvolvimento microgenético, ontogenético, sociocultural e filogenético, onde se inclui o indivíduo e o ambiente juntos em estruturas temporais.

Castorina, 1988 promove um debate entre Piaget e Vigotsky e afirma que Piaget define o conhecimento como uma atividade estruturadora sobre os objetos aos quais transforma pelos significados que lhes atribui enquanto Vigotsky fala de uma modificação da compreensão individual dos instrumentos de mediação cultural, toda atividade externa deve ser modificada para tornar-se uma atividade interna. Para ele a internalização transforma o próprio processo e modifica sua estrutura e funções, e inclui uma reorganização individual em oposição a uma transmissão automática dos instrumentos fornecidos pela cultura.

Será que podemos afirmar existir uma aproximação maior da EPS da teoria de Vigotsky que da de Piaget?

Não resta a menor dúvida que a Educação Popular redimensiona a Educação formal enquanto recupera todo o meio social-denominado espaço de socialização, para convertê-lo em lugar de sua ação, tratando fazer da vida total dos sujeitos espaços onde se confronte o velho opressor e se construa o novo que se processa a cada dia e a cada instante. Toda atividade de socialização que se desenvolve nos diversos grupos encerra práticas pedagógicas.

A sistematização das experiências e das práticas populares também foi mostrando como os níveis de compreensão, entendimento e organização são os mais diversos, de acordo com os grupos populares com os quais se trabalha.

A prática da EP tem vivido diversos momentos: desde épocas em que a ênfase eram as estratégias didáticas ou a dinâmica, ao aspecto cultural, ao aspecto político-partidário, ao método, à diversificação de conhecimentos e, inclusive à interação de conhecimentos, até compreender que a ênfase é um problema de conjuntura, a partir da constatação do poder como fenômeno existente em todos os espaços e microespaços do tecido social. E é por isso que posso afirmar que apesar de podermos encontrar relações entre as diversas pedagogias da educação formal e a educação popular, estamos numa dimensão específica que se propõe a problematizar a realidade, seu jogo de poderes sua luta de classes.

A experiência da população na sua relação com os governos, técnicos e outros agentes de mediação, e também com os grupos locais de poder, indica que é preciso muito mais que informações técnicas para a construção de caminhos para a solução dos problemas. (Oliveira, 2000). A população fala e ao falar diz coisas em que se entende o significado das palavras pelo que apontam os dicionários, mas em que não se compreendem os valores, significados e muito menos os fatos sociais que levam as pessoas a dizerem o que dizem. Não há teoria que no nível sócio-cultural possa dar conta desta lógica. É apenas no convívio e na escuta onde circulam razão e emoção, técnicas e afetos (Oliveira, 1998) que se possibilita a descoberta e produção conjunta de uma significação nova.

Também se necessita de uma análise que permita um processo de construção de uma pedagogia popular que se nutra da pedagogia como saber e que se comece a refletir em torno dos processos práticos com que constituímos esse campo de atividades que chamamos Educação Popular. Pedagogia popular não no sentido de negar o desenvolvimento da pedagogia escolar como disciplina do saber, mas no sentido de que a intencionalidade política de sua ação a obriga a recuperar sistematicamente os processos de prática e ação a que tem dado origem e, que desde o seu aspecto de pretensão transformadora, coloca-se como algo que toma e que deixa esse espaço na história.

Concluindo, pode-se apontar para um conceito de EP que considere:

- ✓ Aspecto metodológico dialógico, problematizador e reflexivo, avançando para além da transmissão de conhecimentos, criando possibilidades para a produção e construção do saber.
- ✓ Intencionalidade sócio-política participativa na busca de uma sociedade com maior nível de equanimidade.
- ✓ Encontro de saberes distintos mas complementares, o popular e o científico, na busca de soluções que sejam o produto de uma construção coletiva.

I.II - E RETORNANDO À SAÚDE...

É possível cometer-se “injustiças” ao tentar localizar historicamente o movimento da Educação Popular e Saúde. Estará sempre se considerando as experiências e práticas que compreendem uma participação nos organismos institucionais de saúde e que desta forma ganharam o *status* do registro e da visibilidade.

Embora a EP não seja o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais e a inter comunicação entre diferentes atores, para o setor brasileiro Saúde, a participação no movimento da EP foi muito importante e marcou de forma séria o conjunto de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Para muitos serviços, este movimento tem significado um instrumento fundamental na construção histórica de uma prática de saúde integral, inter e transdisciplinar numa ampliação das relações que incluem tanto os diversos profissionais como a população e suas organizações sociais (Vasconcelos, 2001a).

A concepção de saúde que vem sendo considerada dentro do campo da saúde pública vem sofrendo alargamentos que torna possível identificá-la nos mais diversos setores da sociedade. Logo, podemos falar de saúde e ninguém mais estranha quando nos referimos a questões da economia, questões da infra-estrutura das cidades, das artes e da educação, questões sociais como gênero, etnia e geração ou mesmo quando estamos no âmbito da justiça ou da segurança pública. Por isso, pode-se falar de Educação Popular e Saúde cada vez que estamos praticando EP, problematizando sobre todas as dimensões referidas.

Entretanto isto nem sempre foi assim. A educação em saúde, sob o cunho higienista, assumia que saúde é ensinada através de hábitos e comportamentos saudáveis. A pedagogia da higiene imprimia a domesticação e a moralização do proletariado urbano emergente. O eugenismo tratava de preservar uma raça sadia e hígida sem taras, doenças, heranças das classes populares e dos imigrantes que precisavam ser controlados. Até início do século XX predominou no meio político e literário uma visão nacionalista que sonhava com um

Brasil moderno a partir de um modelo europeu de sociedade onde só a imigração branca e européia poderia limpar o país do passado escravocrata e dos efeitos da raça negra africana. As estratégias educativas, frente às camadas subalternas, combinavam o eugenismo e a higiene, embora ideais sanitaristas liberais iniciassem um movimento ao lado do movimento da Escola Nova, reivindicando a garantia dos direitos pela saúde e educação públicas. As práticas educativas eram extremamente normativas onde os técnicos detinham um saber, o científico, que deveria ser incorporado e implementado pela população ignorante. O desenvolvimento do processo educativo reflete o aprimoramento de técnicas que fossem capazes de introduzir as normas de higiene nas classes populares, que pudessem transformar os pobres “preguiçosos” e doentes em cidadãos com condições de fazer parte do desenvolvimento nacional (Vasconcelos, 2001a).

O sanitarismo, dos anos 50 do século passado, apresentava um cunho pedagógico modernizador, incorporando noções de desenvolvimento a serem conquistadas. Sua abordagem teria como propósito a remoção de obstáculos (culturais e psicossociais) às inovações tecnológicas de combate às doenças. Na metade dos anos 50 a ideologia desenvolvimentista colocava de outra forma a relação doença/pobreza afirmando agora que a melhoria econômica traria consigo necessariamente um melhor nível de saúde da população. A educação comunitária aparece como parte de mecanismos de pressão popular na esfera da saúde. Apesar destas ricas discussões no processo sanitário, em fins da década de 50 e início de 60, o sistema sofreu poucas alterações na época, pois a centralização administrativa da política nacional de saúde ainda era dominante. A nível ministerial, as orientações para a educação para a saúde mantinham as já tradicionais campanhas sanitárias institucionalizadas onde a educação, ou melhor, a informação, detém um caráter propagandístico e episódico. Esta abordagem que toma a questão da saúde como uma questão individual e normativa obscurecia as origens das más condições de saúde e vida das populações (Canesqui, 1984).

O preventivismo dos anos 60 continha uma crítica à prática liberal incorporando propostas da Medicina Integral, Familiar e de Saúde Comunitária implementadas em algumas universidades latino-americanas (Canesqui, 1984). No modelo preventivista,

dominante até hoje nos serviços de saúde, vê-se como pressuposto o comportamento saudável, visto este como fator de risco (dieta, fumo, sedentarismo, etc...). Também está na consideração deste enfoque o fato de que os gastos com assistência médica têm alta relação em termos de custo/benefício (Stotz, 1993).

No final do milagre econômico, o governo passou a se preocupar com um respaldo popular que o legitimasse e as pressões por assistência médica continuavam. O complexo médico-assistencial que consolidara a assistência, junto com medidas de saúde pública existentes, não era capaz de proporcionar cuidados de saúde em qualidade e extensão. Multiplicavam-se as experiências de extensão da cobertura e de saúde comunitária junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde incorporando propostas sobre a participação popular (Canesqui, 1984).

Em muitas experiências pode-se assistir a revisão da pedagogia para a saúde de base comportamental e episódica e a assimilação de princípios de Paulo Freire nos anos 70 nas ações em saúde. Esta pedagogia caminhou em direção à saúde popular nas formas organizativas do movimento popular e às lutas gerais das camadas populares, valorizando suas condições de vida e saúde. As políticas e conjunturas econômicas do antes e pós 74 pautaram o encaminhamento da participação popular e refletiram as concepções e as orientações das políticas locais partidárias e das instituições de saúde, que detinham o controle dos programas (Canesqui, 1984).

Por volta de 1975, em São Paulo, na conhecida Zona Leste da cidade, surgiu o trabalho dos Conselhos de Saúde que na realidade eram conselhos da própria população que atuavam junto ao Centro de Saúde, não no sentido de ocupar o papel do profissional ou do técnico, mas sim com o objetivo de fiscalizar, de tentar ver se aquelas funções que o Centro de Saúde deveria exercer estavam sendo cumpridas ou não. Em outros estados principalmente no Nordeste do país aconteceram experiências semelhantes que tinham em comum com a de São Paulo uma certa tensão, resultante da resistência às interferências que os serviços, através dos seus profissionais e gestores, tentavam promover na organização popular existente (Lobo, 1984). Estas experiências aconteceram no mesmo ambiente

socioeconômico e cultural em que a EP delineava seu corpo teórico: as comunidades eclesiais de base e os movimentos sociais em luta contra a ditadura militar. A EP era uma teoria importante a orientar o modo de participação, no trabalho político e pedagógico, dos professores, dos padres, cientistas sociais, profissionais de saúde, etc... Nesse sentido é que pode se dizer que, na área da Saúde, a EP passou a se constituir em vários serviços como um instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas e não como uma atividade a mais (Vasconcelos, 2001a).

Com o processo de democratização da sociedade brasileira houve espaço para que a participação popular pudesse acontecer nas grandes instituições. Muitos técnicos formados nos espaços informais dos movimentos sociais passaram a ocupar cargos importantes nos espaços onde políticas de saúde eram projetadas e trouxeram para dentro destes a metodologia da EP. Muito recentemente aponta-se para a possibilidade de se conhecerem quem são e o que fazem estes atores sociais, com a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) em julho de 2003. Esta articulação é uma iniciativa da Rede Nacional de Educação Popular e Saúde junto a setores sociais como DENEM, a Setorial Saúde do MST, a CUT, o MORHAN, dentre outros viabilizada por apoio do Ministério da Saúde. O objetivo é pensar formas de articular as várias iniciativas de organização de movimentos sociais da sociedade civil de caráter popular, de modo a possibilitar a construção de uma agenda pública comum entre os vários movimentos sociais e a elaboração de uma política voltada para os mesmos (ANEPS, 2004). Junto com a organização de encontros estaduais, realizados em 22 estados da federação, está sendo possível realizar pesquisas de mapeamento traçando o perfil dos movimentos e práticas de educação popular e saúde, definindo as atividades desenvolvidas por estes movimentos e práticas, e identificando as questões mais relevantes na atuação.

“A realização da EP na área da Saúde se realiza quando o profissional de Saúde Pública funde-se num trabalho cultural de EP por meio da saúde, quando a ação não se limita a uma assistência a pacientes do povo, quando se estende a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento parte a parte, em busca de soluções sociais e de saídas a partir do que se vive e do que

se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde”
(Brandão, 2001).

A EPS é um movimento social, de profissionais que acredita na centralidade do trabalho de integração da ciência e das práticas em saúde com a participação ativa das classes populares. Sua sistematização pedagógica ainda tem muito a caminhar. A diversidade de suas diferentes experiências, ainda não totalmente conhecidas, é a maior riqueza que se tem. É um movimento social pela vida, uma ação de construção de hegemonia por isso pedagógica na sua especificidade política ainda que mantenha um vínculo afetivo, ético e metodológico com suas origens (Souza, 2001).

Na atividade pedagógica popular há que se discernir entre uma série de opções e em um horizonte metodológico próprio onde se faz necessário que se façam perguntas e que se construa uma série de opções. Que tipo de conteúdos? Que forma pode garantir os valores objetivos? A que saber privilegiamos, o popular? O acadêmico? Como os integramos? Como propiciamos a informação? Qual é o papel do discurso em nossas atividades? Que tipos de pesquisa geramos? Como buscamos e produzimos conhecimento?

É fundamental no método da EP o fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. Este conhecimento adquirido na vida cotidiana do trabalho das pessoas, das relações sociais entre elas, da luta pela sobrevivência e transformação da realidade é fragmentado, pouco elaborado, entretanto pode-se afirmar que representa a matéria-prima da EP. Rompe-se desta forma a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Assim diz-se que o trabalho pedagógico tem sido centrado na busca dos conhecimentos existentes nos diferentes grupos culturais, com ênfase no questionamento da realidade local. Ao se desvendarem os diferentes conhecimentos, podem-se construir conhecimentos novos com diferentes lógicas e relações quanto às questões de saúde.

A experiência da população na sua relação com os governos, técnicos e outros agentes de mediação, e também com os grupos locais de poder, indica que é preciso muito mais que informações técnicas para a construção de caminhos para a solução dos problemas. (Oliveira, 2000). A população fala e ao falar diz coisas em que se entende o significado das palavras pelo que apontam os dicionários, mas em que não se compreendem os valores, significados e muito menos os fatos sociais que levam as pessoas a dizerem o que dizem. É apenas no convívio e na escuta onde circulam razão e emoção, técnicas e afetos (Oliveira, 1998) que se possibilita a descoberta e produção conjunta de uma significação nova.

Também é necessária uma análise que permita um processo de construção de uma pedagogia popular que se nutra da pedagogia como saber e que comece a se refletir em torno dos processos práticos com que se constitui esse campo de atividades que chamamos Educação Popular. Pedagogia popular não no sentido de negar o desenvolvimento da pedagogia escolar como disciplina do saber, mas no sentido de que a intencionalidade política de sua ação a obriga a recuperar sistematicamente os processos de prática e ação a que tem dado origem e, que desde o seu aspecto de pretensão transformadora, coloca-se como algo que toma e que deixa esse espaço na história.

Carvalho & al. (2001) apontam para uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder e intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas. É a *construção compartilhada do conhecimento* onde de forma dinâmica o processo de conhecimento produzido vai demarcando o caminho conceitual e teórico em função da realidade e da prática estabelecida. Esta metodologia está centrada na idéia de que os setores populares que participam de uma atividade pedagógica não são carentes em conhecimentos. O fato de terem sobrevivido em situações de vida tão adversas exigiu-lhes uma apropriação das lógicas do meio, desabrochando suas vidas num sentido muito amplo, passando pelo subjetivo, valorativo, e muitos outros. Os indivíduos dos setores populares, assim como todos os sujeitos sociais, têm uma explicação para o processo social no qual estão imersos

utilizando mecanismos diversos tais como míticos, racionais, naturalistas, religiosos, etc...O sujeito popular também une e dá coerência desde seu olhar a esse meio circundante, transforma realmente a natureza e as práticas sociais e em determinadas ocasiões, toma elementos dessa cultura universal para explicá-las ou transformá-las.

Segundo Brandão (1982), a vocação social da EP deve ser garantida ao longo de todo o processo. Deve haver uma correspondência entre as concepções de Homem e de Sociedade a partir das quais se realizam as práticas educativas. No processo da pedagogia não existe a possibilidade de falar de atividades neutras, nem em atividades particulares de reflexão. Como garantir a assimilação de um saber acumulado na história da humanidade e nas lutas sociais e nos saberes populares, pelos interessados ou pelos necessitados dos mesmos, coerente com o projeto global de conhecimento que integra ciência e cultura? Quais os dispositivos que asseguram que o processo arquitetado contenha os valores de práxis e de transformação social que tenciona o seu projeto? A diversidade cultural coloca a investigação anterior de algumas experiências de Educação Popular, como uma necessidade fundamental para planificar as estratégias pedagógicas. As diferentes histórias devem ser capazes de declarar uma relação pedagógica montada mais sobre a troca de conhecimentos do que sobre a imposição de um dos dois conhecimentos sobre o outro. É preciso sondar e estruturar estratégias que garantam trazer à tona a história, a cultura, os processos de compreensão do meio e da realidade imediata, os processos de linguagem com os quais se enunciam as realidades, a compreensão analítica, os processos de conhecimentos que gera, a maneira como se constroem hipóteses, etc. Entretanto, não se pode perder de vista a sistematização e compreensão do processo pedagógico desenvolvido, no sentido de ir se construindo elementos que possam identificar as práticas e movimentos de EP.

CAPÍTULO II - A PRÁTICA HOMEOPÁTICA

A eclosão das chamadas “terapêuticas ou medicinas alternativas”, designadas por Luz (1997) como “medicinas complementares”⁵, e sua relação com distintas racionalidades médicas tem gerado mudanças nos paradigmas em saúde e foram interpretados, posteriormente pela mesma autora em 2002, como parte de um processo de re-significação cultural de ações, relações e representações sociais relativas ao adoecimento e à saúde, e, mais geralmente, à vida coletiva na sociedade contemporânea. São valores que indicam uma ética contrária, em alguns dos seus aspectos, – à ética capitalista dominante na medida que incentivam a autonomia e a aproximação com o próprio corpo; promovem uma aproximação com a natureza e o meio ambiente; repõem o sujeito doente como centro do paradigma médico; apresentam meios terapêuticos, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população; e afirmam medicinas que tenham como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença.

As práticas em saúde coletiva na atualidade, representadas por novas formas de sociabilidade ou revitalização de formas tradicionais, apontam para a existência de sentidos e significados em formação na cultura relativos à saúde, em particular, e à vida em sociedade em geral (Luz, 2003). Para Bourdieu (1983) a ação não é considerada como simples execução e sim como núcleo de significação do mundo, numa direção onde não se pretende rejeitar o conhecimento objetivista e sim ultrapassá-lo.

A prática homeopática, baseada num sistema médico complexo, pode ser considerada um saber organizado em termos de produção e reprodução, em um *corpus* de significados, concepções e proposições que se pretendem demonstráveis empiricamente, através de tecnologias cientificamente avançadas (experimentação patogenética), ou por

⁵ Em documento de julho de 2003 profissionais da área elaboraram um documento onde o termo utilizado para designar este campo do conhecimento foi *Medicina Natural*. Acreditou-se que o mesmo contempla todas as práticas baseadas em métodos e técnicas que estimulam os mecanismos naturais de cura do organismo, aplicadas com o objetivo de preservar a saúde e com foco no doente, e não apenas na doença (Evangelista, 2003)

demonstração empírica tradicional (casuística, estudos de caso com ou sem *follow up*, etc) (Luz, 2003).

Ao categorizar a prática homeopática nos propósitos deste trabalho, nos apropriamos de algumas conclusões feitas em todo o decorrer do projeto “Racionalidades Médicas” desenvolvido no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) sob a coordenação da professora Madel Luz desde 1991. O conceito de racionalidade foi elaborado segundo um tipo ideal weberiano⁶, de acordo com a epistemologia implícita na lógica dos tipos ideais. Foram consideradas 5 (cinco) dimensões, através das quais se fez a descrição de cada uma das racionalidades: morfologia humana (ou anatomia), dinâmica vital (ou fisiologia), doutrina médica (onde se considera o processo doença/cura e suas origens), diagnóstico e terapêutica⁷. Constatou-se também, ao fim da primeira fase do referido projeto, que os sistemas médicos complexos têm como raiz estruturante um conjunto organizado e definido de visão de mundo, que embasa teórica e simbolicamente as outras cinco dimensões.

No Brasil, a homeopatia é uma especialidade médica reconhecida pela Associação Médica Brasileira (AMB) desde 1979 quando foi fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB). O Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1980, a inclui no rol de suas especialidades, a partir da grande aceleração de demanda por esses serviços e do eco do movimento estudantil pelo ensino de terapêuticas não convencionais. Em 1986, as resoluções finais da VIII Conferência Nacional de Saúde recomendam a introdução das práticas alternativas na rede pública de atendimento. Ainda em 1986, há o primeiro concurso no país para médico homeopata no serviço público e a criação da primeira farmácia homeopática dentro do corpo clínico de hospital estadual. Em 1989, a AMHB passa a fazer parte do Conselho de Especialidades da AMB e, em 1990, é realizado o primeiro concurso para concessão de título de especialista em Homeopatia, com respaldo da AMB e CFM. A transmissão dos conteúdos formais da homeopatia, a reprodução do seu

⁶ Para compreender uma ação através do método científico, Weber trabalha com uma elaboração limite, essencial para o estudo sociológico que chama de *tipos puros ou ideais*. São vazios de realidade concreta, abstratos e conceituais (Barbosa & Quintaneiro, 2003)

⁷ Apesar do objeto deste trabalho estar centrado na homeopatia, tendo como referência o sistema médico hegemônico, a biomedicina, faz-se necessário dizer que o projeto “Racionalidades Médicas” inclui também a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica.

saber, suas práticas e atitudes, acontece em instituições legitimadas para tal, em várias regiões do país e algumas universidades informam alunos sobre a especialidade, na maioria delas de forma eletiva.

Ao falar em prática homeopática estamos nos referindo a um dos elementos das racionalidades médicas, a uma das formas de apreensão e interpretação das mesmas, onde emergem as dimensões da **diagnose e da terapêutica** (a outra forma estaria vinculada ao plano da dimensão teórica). As dimensões da diagnose e da terapêutica são os elementos objetivos e concretos onde se expressa a lógica que suporta o empirismo e obrigatoriamente se constrói a partir das demais dimensões (Luz S. & Campello, 1996).

A prática da homeopatia no Brasil, introduzida por Benoit Müre, em 1840 sofreu grandes pressões de natureza corporativa e econômica mascaradas de acusações morais e políticas. As características da sua implantação foram qualificadas muitas vezes de pretensiosas, pois, por exemplo, pretendia-se formar homeopatas, inclusive leigos, com um currículo próprio. Müre, socialista, declarava que sua medicina se faria “em proveito das classes pobres”, o que era no mínimo estranho para a classe médica da época, habituada a servir os oligarcas e funcionários da corte. O sentimento cristão de caridade, muito mais significativo que o da consciência revolucionária, nos seguidores de Müre, associado à pressão exercida pela oficialidade médica da época, representa o movimento de expansão da homeopatia nas classes populares, onde foram realizados com sucesso tratamentos de doenças coletivas e epidêmicas e onde sempre houve acolhimento por parte da população (Luz, 1996).

A homeopatia, apesar de ter se tornado rapidamente uma opção à medicina vigente da época e ter tido uma divulgação popular importante ficou durante muitos anos confinada à prática liberal, dos consultórios o que significou ter delimitado o acesso à sua prática. Às classes populares, que desejavam se tratar com homeopatia, restavam os centros espíritas kardecistas onde médicos afinados à doutrina espírita costumavam *praticar a caridade*. Segundo Luz (1996) os pobres dos homeopatas eram sub-empregados, desempregados,

aposentados, favelados, mulheres na sua maioria que freqüentavam centros kardecistas, ambulatórios instalados em antigas farmácias homeopáticas.

É justamente por ter como modelo a prática médica liberal, que muito pouco foi acrescentado quando se teve a homeopatia implantada na rede pública em 1986. Esta implantação foi entendida como uma proposta de universalização da assistência médica, como direito de escolha, da parte dos usuários dos serviços, do tipo de tratamento preferido, como direito de cidadania a ser garantido ao paciente (Biolchini et al., 1987). Os profissionais que estavam à frente destas ações tendiam a reproduzir o já conhecido dos consultórios privados, mesmo porque na época não existia nenhum programa oficial capaz de orientá-los conforme as características próprias da homeopatia.

A partir deste período, a Comissão de Saúde Pública da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB) vem trabalhando neste sentido, obtendo sucesso em várias unidades de saúde onde a homeopatia existe como especialidade. Como exemplo pode-se citar a experiência em Juiz de Fora, MG e em Vitória, ES. O Serviço de homeopatia do SUS de Juiz de Fora tem uma estrutura de funcionamento própria, baseada nas normas nacionais, com adequação às necessidades locais. Na avaliação feita no 1º. ano de funcionamento pôde-se encontrar uma demanda reprimida na marcação de primeira vez em torno de 75% o que indicava que se precisaria aumentar a oferta de vagas em 300% para absorvê-la (Estrêla, 1997). Em Vitória, o Centro de Referência em Homeopatia (CRH) foi implantado em dezembro de 2000, na Secretaria Estadual de Saúde, com os objetivos de prestar assistência ambulatorial em Homeopatia, trabalhar em projetos de educação em saúde e realizar pesquisas clínicas e sociais. Deve-se afirmar que além do CRH, os primeiros serviços de Homeopatia foram implantados na Prefeitura Municipal de Vitória, em 1992, após realização de concurso público (Novaes, 2002).

O processo presente na tradição clínica, chamado de “tratamento”, está presente nesta prática onde, por exigência da própria racionalidade, existe uma interação médico paciente que se desenvolve num tempo mais ou menos longo e que possibilita humanizar o atendimento e o cuidado e é responsável por parte do sucesso desta “terapêutica

alternativa” ou “medicina complementar”. A forma de diagnóstico e terapêutica de baixa tecnologia, trabalhando no sentido de favorecer o respeito e a autonomia do cidadão, tende a ocupar espaço crescente no processo de institucionalização. Nesse sentido, o Brasil ocupou uma posição legal pioneira e avançada incorporando paulatinamente a homeopatia na rede pública. No anexo 1 tem-se um esquema histórico da homeopatia no SUS.

Considerando, como já foi dito, que ao se referir à prática dentro do domínio da saúde está se falando de diagnóstico e terapêutica, neste momento, discorrer-se-á sobre estas dimensões caracterizando-os na homeopatia. São estes dois universos onde se encontra maior concordância e complementariedade entre as diferentes racionalidades médicas estudadas por Luz (1993), principalmente as que compartilham um paradigma vitalista como a homeopatia, ayurvédica e tradicional chinesa.

III - O DIAGNÓSTICO

“O sucesso do diagnóstico e tratamento necessita que o praticante considere freqüentemente o complexo pessoal, familiar e as circunstâncias econômicas do paciente e estabeleça um sustentável e aberto relacionamento com cada um”
(Schoroeder & MacPhee, 1995:3).

A transcrição acima retirada do livro “Diagnóstico & Tratamento” destinado a ser material de uso contínuo a estudantes e profissionais diversos da área da saúde traduz uma importância muito pouco vista e considerada na prática médica da biomedicina. O papel que o diagnóstico clínico tem encontrado nesta prática tem tomado proporções que na maior parte das vezes ultrapassa a intenção ou o objetivo mais aparente da medicina que é tratar, aliviar o paciente. Os pacientes, seja no serviço público ou fora dele, são forçados a seguir um difícil caminho pelas especialidades médicas em busca de um diagnóstico, chegando mesmo a se considerarem tratados apenas por estarem em processo de investigação diagnóstica (Camargo Jr. et al., 1998).

Embora a homeopatia e a biomedicina não compartilhem paradigmas médicos visto terem orientações cosmológicas conflitantes, apresentam paralelismos e encontros nas

dimensões do diagnóstico, principalmente nesta última, e da terapêutica. Entretanto ao se considerar o campo da prática, as diferenças observadas são de fato significativas.

Inicialmente pode-se fazer referência ao objeto focado. Enquanto a homeopatia olha para o ser humano doente, a biomedicina tende a olhar para um corpo ou um conjunto de sistemas mal funcionantes. O objetivo da homeopatia é curar o indivíduo, restabelecendo-lhe a saúde ou expandindo-a, e da biomedicina o desaparecimento da doença onde a partir do patológico se ensina a saúde. Neste sentido o diagnóstico clínico, ou seja, o sistema pelo qual se conhece ou se determina uma doença pelos sintomas que a caracterizam, ocupa papel central na biomedicina e a concepção de doença desempenha um foco especial, organizador, nesta dimensão da percepção do público usuário dos serviços médicos (Camargo, 1997). Tudo o mais que não se encaixa no rol de sinais e sintomas da grade nosológica, os sofrimentos da esfera subjetiva, que por sua própria natureza não possuem uma sede lesionada, a ponto de serem identificados como doença é secundário. Na prática clínica, desvalorizando o tempo de convívio, houve a substituição da relação de escuta e atenção às queixas do paciente pela necessidade de se fazer um diagnóstico clínico, pedindo-se cada vez mais exames.

Para Canguilhem (1978), o fato de se reconhecer a doença de forma objetiva, nomeando-a, classificando-a, dentro da grade nosológica, desconsidera a possível falta de correspondência entre o que é a doença para o paciente e o que é a doença para o médico. Através dos resultados dos exames, o médico pode considerar o paciente saudável enquanto este sofre e se sente doente.

O diagnóstico clínico é apenas um dos diagnósticos que o médico homeopata deve realizar e, diga-se de passagem, não é o mais importante na medida que não é diretamente através dele que se pode chegar à terapêutica. Entretanto, este é relevante para a determinação daquilo que é particular a cada paciente, assim como, para o acompanhamento do caso, pois será também com base nas diferenças produzidas sobre o curso natural das doenças que pode se ter certeza do processo curativo do enfermo.

Dependendo da escola homeopática considerada, podemos ter variações em número e intensidade de diagnósticos realizados, porém pode-se afirmar que os mais representativos da homeopatia considerando suas várias escolas: diagnóstico **individual**, ou seja, a compreensão do conjunto de sintomas que representam a unidade própria do paciente e o diagnóstico **medicamentoso** ou, aquele que traduz qual a substância correspondente ao conjunto de sintomas de acordo com o princípio da similitude. Para Jarh, 1987, o verdadeiro problema que existe em todo diagnóstico aprofundado está em reconhecer a verdadeira natureza ou a essência particular da enfermidade, da qual a lesão orgânica depende. Esta só poderá ser identificada através do conjunto de fenômenos pelos quais a particularidade ou singularidade se manifesta.

Este conjunto de fenômenos representa a totalidade de sintomas individuais. O instrumento que permite a identificação destes sintomas, sejam estes sensoriais, funcionais ou lesionais, é o exame detalhado e minucioso do paciente. Como consequência desta necessidade, própria da técnica homeopática, médico e paciente se aproximam e estabelecem uma relação bastante humanizada. Ou seja, quando falamos de sintomas sensoriais não apenas estamos nos referindo a dores ou sensações “como se”, mas também ao conjunto de sentimentos e emoções que acompanham as queixas, seja desencadeando-as, seja modificando-as, ou seja, apenas fazendo parte do conjunto deste estado desarmonizado.

A homeopatia tem na individualidade do sujeito um dos aspectos centrais de sua racionalidade. O doente em sua individualidade, isto é, em sua forma particular de expressar as alterações através de sinais e sintomas, é o objeto central da atenção onde estão contidas todas as informações que possibilitam o diagnóstico e orientam a ação terapêutica. A maneira como o homeopata se comporta perante seu paciente, ouvindo, permitindo que o paciente fale de si, perguntando não apenas sobre seus sintomas orgânicos, mas também sobre suas angústias, seus medos, etc., pode ser percebida como um sincero interesse; interesse por seu paciente, pelo restabelecimento de sua saúde e não somente pelo diagnóstico de uma patologia (Campello, 2001).

As concepções etiopatogênicas culpabilizantes constituem um aspecto presente no diagnóstico seja na biomedicina como na homeopatia. Ao doente é imputada a responsabilidade pelo adoecer, onde os excessos, em particular os ligados à alimentação, sedentarismo, e a ingestão de bebidas alcólicas representam “descuidos” das pessoas com elas mesmas, responsáveis pelo estado concernente à doença. Esta concepção é análoga e simétrica à de riscos individuais apropriada pela clínica a partir da epidemiologia (Camargo et al., 1996). Neste aspecto pode-se diferenciar a homeopatia na medida que todos estes “descuidos” podem vir a fazer parte do diagnóstico individual do paciente. E neste sentido eles farão parte do processo de escuta e acolhimento das queixas mais do que de um juízo de valores e responsabilidades.

II.II - TERAPÊUTICA

...Desde o século XVII o projeto epistemológico da medicina ocidental passou a ser produzir conhecimento sobre as doenças e a arte de curar doentes teve um estatuto menor com o passar dos séculos e com o aumento de informações e de técnicas de obtenção de informações sobre as doenças...Nesse contexto a diagnose teve hegemonia progressiva sobre a terapêutica;...a terapêutica foi sendo cada vez mais orientada pela busca sistemática de identificação e combate de doenças, e não mais pelo restabelecimento do equilíbrio de sujeitos doentes (Luz, 1996:16-17).

Entende-se terapêutica como o “arsenal” de que dispõe uma determinada racionalidade médica para tratar o paciente. Tanto na biomedicina como na homeopatia este arsenal está fortemente centrado no medicamento. Nascimento, 2000 chama a atenção para o engodo que representa a crença que se possa encontrar a saúde plena em pílulas. Para a autora, o caminho para um estado de saúde melhor passa necessariamente por transformar a estrutura da sociedade. Apesar de concordar plenamente com esta avaliação, concluo que podem se fazer necessárias medidas complementares individuais neste processo da terapêutica e para tal acredito ser importante marcar uma diferença entre a medicação da alopatia e a da homeopatia.

Muito se fala da ausência de efeitos colaterais na terapêutica homeopática. Loyola, 1987, num estudo antropológico da prática homeopática conclui que a clientela homeopática não pode pensar sobre esta medicina a não ser por oposição à biomedicina, sendo definida basicamente não pela sua positividade, mas pelo que ela não é, como uma medicina que não faz mal, ao contrário da biomedicina que também cura, mas o faz intoxicando, produzindo efeitos colaterais, fazendo mal. Outra representação sobre o remédio homeopático que pode ser vista como um aspecto de autonomia é o de não causar dependência, como o medicamento alopático. Há um *start* desencadeado pelo medicamento ao qual responde a natureza do paciente (Campello, 2001). Entretanto, mais que falar sobre os “efeitos” indesejados dos medicamentos, gostaria de discutir os aspectos que dizem respeito à intencionalidade da terapêutica homeopática e sua consequência na saúde global dos indivíduos.

A homeopatia ao considerar, como já foi dito, todas as manifestações vitais no exato momento da doença, seu diagnóstico e busca terapêutica, está visualizando a possibilidade de um estado de reorganização, de reequilíbrio das funções orgânicas e psíquicas como um todo. Isto pode significar não só uma melhora ou bem estar na queixa primária ou mais significativa para o paciente. Outros sintomas ou sinais podem vir a se organizar mesmo não tendo sido relatados durante o momento a consulta. A longo prazo, teremos indivíduos menos dependentes dos medicamentos sintomáticos. Isto não é observado com os medicamentos alopáticos: sintomáticos vão sendo acrescentados ao longo do tempo, como muletas que amparam situações muitas vezes provocadas pelos próprios medicamentos.

Na terapêutica homeopática é possível identificar três vertentes básicas de atuação médica que correspondem às diferentes escolas: terapêutica de entidades/ quadros/ síndromes; terapêutica situacional/padrão ou *gestalt* de desequilíbrio; e a terapêutica constitucional. As três respeitam o princípio da individualidade e são reconhecidas como tratamento homeopático (IV Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, 1997). Entretanto, o conceito de supressão medicamentosa é visto de forma diferente dentro das três vertentes consideradas. Através deste considera-se que a terapêutica só é capaz de

atingir o resultado desejado, curar o paciente, quando se tem como perspectiva a unidade individual representativa da totalidade dos sintomas⁸.

Na biomedicina, os exames ditos complementares, mas que cada vez mais se tornam básicos em detrimento da semiologia e do exame físico, apresentam um valor importante na dimensão terapêutica. Muitas pessoas se sentem tratadas apenas porque seu médico pediu exames. E quanto mais sofisticados forem estes, mais valor terá o tratamento e o próprio médico. De uma forma geral os pacientes avaliam mal seus médicos quando estes não solicitam exames sofisticados durante a consulta para diagnosticar o “seu mal”. É como se não fossem dignos de exames. Não pedir exames pode ser visto como um ato de desleixo (Camargo Jr. et al., 1996). Os exames, por outro lado, são prescritos com a intenção de se apreender a enfermidade que é de natureza substancial e por isso se utilizam de ferramentas que objetivam investigar a substância orgânica. O progresso dos exames está na capacidade de se investigar cada vez mais estruturas físicas e orgânicas menores que possam desvendar as origens e expressões da doença. Pouco importa neste caso os valores, significados, que o paciente atribui a doença e suas conseqüências no seu dia a dia. E a população incorpora a mesma lógica e escala de valores passados pelos detentores do poder científico.

Na homeopatia a terapêutica se estabelece basicamente sobre os dados de observação do médico durante as consultas e de auto observação do paciente durante a sua vida. A capacidade de ouvir, observar, reconhecer e precisar com detalhes é fundamental para o exercício da prática. Entretanto, as características da relação médico paciente estabelecidas no processo do tratamento homeopático, onde a escuta e o acolhimento das queixas de uma forma ampla são parte da própria técnica, por si só, já representam um movimento em direção à cura. É comum os pacientes deixarem os consultórios com uma sensação de alívio, já vivendo o processo terapêutico.

A anamnese⁹ como arte, se propõe a construir e deixar claro para o paciente uma obra, a qual parte de uma matéria bruta que é a narrativa do paciente relatada na ordem dos

⁸ Na ONG HAPS trabalhamos sob esta perspectiva com todos os pacientes atendidos.

significados individuais. Neste sentido, podemos afirmar que a anamnese homeopática é terapêutica não só porque permite uma "catarse", mas principalmente porque é instrumento de auto conhecimento, de integração e unificação do sujeito. É este "conhecer-se", o material primário para o processo educativo.

À medida que se vai obtendo a individualidade do quadro clínico associado aos outros sintomas, queixas, dores, sofrimentos mentais e sociais, vai sendo construída uma imagem, onde está expressa uma forma particular de sentir, manifestar e atuar. Esta expressão se materializa por meio da totalidade de sintomas que é a base de qualquer prescrição homeopática. Excluem-se desta totalidade aqueles fenômenos que não compõem e nem têm coerência com a individualidade.

"Totalidade sintomática equivale a todos os sintomas do caso passíveis de serem arranjados logicamente em um todo harmônico e consistente, que possua um perfil, uma coerência e individualidade".

(Close, 1993:22).

A totalidade deve exprimir a idéia diagnóstica, a qual deve fazer frente em similitude a uma idéia terapêutica. É o conjunto numérico dos sintomas mais a idéia ou arranjo que dá a forma característica e individual (Close, 1993). O médico estabelece uma relação entre os fenômenos relatados e observados, onde o paciente é o ator principal. Para Hahnemann (1978), a totalidade é uma imagem ou quadro que reflete ao exterior a essência interna da enfermidade, isto é, da saúde alterada.

O termo "totalidade dos sintomas" é muito conhecido pelos homeopatas e como já foi dito pretende conter a abordagem clínica integralizadora sobre o discurso ou narrativa dos pacientes. Entretanto, se por um lado isto significa acolher todo o conteúdo trazido, por outro, representa adequá-lo à racionalidade considerada. E posteriormente, quando se

⁹ Anamnese é uma palavra de origem grega cujo significado é recordação, reminiscência, significa um instrumento da clínica médica que objetiva o diagnóstico. Conjunto de informações que contém os antecedentes do enfermo, da sua doença atual e das doenças passadas, assim como da sua família e a história social. A anamnese e a sua condução são adaptadas a cada uma das racionalidades médicas (Barbosa, 2000).

promove o retorno das questões processadas dentro da lógica do médico, de forma alguma se objetiva a construção conjunta do diagnóstico ou da terapêutica. Estas são prerrogativas do médico assim como na biomedicina.

O panorama da realidade de saúde de nossa população configurada pela prática médica na qual está inserida a maior parte dos homeopatas no Brasil, restrita aos consultórios privados, é distorcido. E assim podem ser identificadas inúmeras dificuldades nos profissionais e no exercício da prática para se fazerem avaliações no campo da saúde que considerem as diferentes realidades a que estão submetidas as diversas pessoas. Esta é uma discussão que necessita acontecer. Não significa, no entanto, que não existam pessoas empenhadas em problematizar estas questões para ao conjunto dos profissionais da homeopatia. A comissão de Saúde Pública da AMHB, sua história e suas lutas, é uma prova do que se está dizendo.

A prática médica na ONG HAPS vem apontando para determinadas limitações. A avaliação e o impacto na saúde das condições sociais e econômicas, pelas quais são submetidas as famílias que tem os filhos tratados por nós, são questões que se apresentam como barreiras às possibilidades terapêuticas conhecidas da homeopatia. A limitação de qualquer terapêutica medicamentosa, quando se enfrentam os determinantes sócio-econômicos envolvidos na saúde, abre um espaço para a EPS.

Ainda dentro da terapêutica, tanto na homeopatia como na biomedicina cada vez mais se promovem práticas “educativas” durante as consultas que visam normatizar comportamentos e hábitos reconhecidos como pouco saudáveis. Esta referência tem conquistado um espaço crescente no discurso da mídia de uma forma geral. O estado de boa saúde dependeria de atitudes ativas dos indivíduos através da promoção de mudanças dos seus hábitos. Constituem medidas igualmente medicalizantes enquanto incapazes de promover uma real problematização sobre as causas e suas conseqüências.

II.III - POSSIBILIDADES EDUCATIVAS

As ações educativas associadas à prática clínica durante o ato da consulta, considerando esta um momento específico da relação médico-paciente, tendem a espelhar o modelo de saúde/doença. Se estar doente é ser portador de uma patologia orgânica, de origem infecciosa, auto imune, genética, então, ter saúde é erradicar este mal, seja através de medicamentos ou cirurgia. As práticas educativas podem adiar e em alguns casos impedir a eclosão da patologia. Porém, se estar doente significa o resultado da ruptura de uma harmonia, entendida esta como uma ordem universal em movimento, onde o homem é expressão e participação, a ação educativa toma outras proporções.

Pode-se afirmar que a prática homeopática é uma ação social¹⁰ que se presta a aprendizagens. O paciente passa a se conhecer melhor e a buscar mais autonomia. Ouvir o conteúdo da narrativa trazida pelo paciente é o que possibilita ao médico homeopata, a compreensão do caso e a prescrição medicamentosa. Por consequência, se estabelece uma relação médico-paciente mais humana onde se prioriza o sujeito doente, em lugar da doença do sujeito. Com certeza, esta valorização das queixas é recebida muito favoravelmente pelo paciente¹¹, que desta forma desenvolve a construção de si como uma totalidade de valor frente à autoridade médica e frente a si próprio.

O tratamento homeopático contribui para devolver ao paciente (indivíduo), se não sua autonomia em relação a sua própria saúde, ao menos sua identidade, a valorização de sua subjetividade, através de uma maior observação e conhecimento de si, como também da valorização desta percepção e deste conhecimento - dignos de consideração como parâmetro diagnóstico e prognóstico. A partir do tratamento homeopático, o paciente tem a oportunidade de perceber-se como ser singular, com sua própria forma de adoecer e de vivenciar este adoecimento (Campello, 2001).

¹⁰ Utilizamos aqui o termo ação social com base em Weber definindo-a como toda conduta humana dotada de um significado subjetivo dado por quem a executa e quem orienta essa ação (Quintaneiro, 2002)

¹¹ No questionário “Representação Popular em Homeopatia”, fruto da pesquisa que leva o mesmo nome da ONG Homeopatia Ação Pelo Semelhante, esta é uma das maiores vantagens no tratamento homeopático.

O método da semiologia homeopática, essencialmente biográfico põe o sujeito em uma posição de protagonista e testemunha de suas vivências. Estes narram suas queixas, dores, os sofrimentos físicos, mentais e sociais, enfim todos os dramas de sua vida, que nada mais são que as alterações de saúde:

“Penetrando desta forma na sua biografia, é dada ao sujeito a possibilidade de voltar a ocupar o comando de sua história ou adquirir a autonomia podendo, desta forma, atribuir significado e finalidade à sua vida” (Rosenbaum, 2000).

No estudo de Campello, 2001, “Relação Médico-Paciente na Homeopatia: convergência de representações e prática” onde a autora realiza a análise de entrevistas de médicos homeopatas e pacientes da homeopatia de três unidades públicas de saúde: um centro municipal de saúde, um hospital estadual e uma instituição filantrópica, se observam confluências com o dito anteriormente. A maioria dos pacientes vivencia um tratamento personalizado, sendo respeitadas as individualidades, as necessidades de cada um: *“eles valorizam o teu cotidiano, eles respeitam o ser humano”*.

O médico da biomedicina, em geral, faz um corte e toma uma única direção neste universo de fenômenos que é o do diagnóstico, como já falamos anteriormente. A homeopatia, ao considerar o ser na sua totalidade, mantém escuta ativa a tudo que perturba, desarmoniza, desordena o indivíduo. É esse material entendido sob a ótica do conceito de unidade, que permite a prática homeopática. Para o paciente, que é quem está se queixando e narrando o contexto onde sua história de vida está inserida, fica a possibilidade de um aprendizado de que ele é integral, pois é assim que está sendo valorizado. Estas reflexões representam as conclusões de minha monografia no curso de especialização em Educação em Saúde na ENSP/Fiocruz (Pagliaro, 2001).

Na segunda fase do projeto Racionalidades Médicas, Luz conclui que para os pacientes da homeopatia o “perguntar tudo” do médico homeopata, é visto geralmente com positividade, pois demonstra o interesse do médico pelo paciente, assim como a possibilidade de esclarecer as origens de sua doença (Luz, 1998)

A experiência ao longo do trabalho na ONG vem trazendo algumas outras reflexões que de certa forma questionam as afirmações acima. Será que de fato o médico homeopata acolhe e valoriza todas as queixas trazidas pelo paciente? Se falarmos das questões psicossociais provavelmente nossa resposta será positiva. Porém, se nos referirmos às questões econômico-sociais, a prática vem demonstrando que há uma escuta, na maioria das vezes muito interessada, mas como esses dados não são determinantes para a prescrição, o foco dificilmente estará centrado neles. A partir da escuta pode-se observar um aconselhamento, opinião, comentário ou mesmo até um ato de carinho solidário, um olhar, uma aperto de mãos, uma emoção empática. Entretanto, como existe uma impotência em propor uma solução efetiva e é difícil ser médico sem ser onipotente, o(s) problema(s) econômico-sociais terminam sendo deixados de lado. Existe sem dúvida o reconhecimento da importância destas questões como determinantes na saúde mas também se vive uma ausência de instrumentos para lidar com elas. . Pode-se pensar então em práticas que possibilitem o conhecimento das condições objetivas de vida das pessoas a partir das suas próprias demandas e onde seja possível buscar soluções adequadas à realidade das populações e que redimensionem a prática médica.

CAPÍTULO III - TRILHA METODOLÓGICA

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa, onde se descreve e se discute um caso clínico homeopático, através de oficinas educativas coletivas, com três grupos específicos, a saber: responsáveis de crianças de creche comunitária, educadores da mesma creche e médicos da ONG HAPS.

III.I – O CASO CLÍNICO HOMEOPÁTICO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

Definimos aqui como caso clínico o registro da narrativa do sujeito frente ao médico, durante uma consulta, acrescido de observações do próprio médico. É a representação humanizada de alterações de saúde. É fácil concluir que este instrumento de ensino-aprendizagem irá sempre traduzir a racionalidade médica que representa. Porém, quando se apresenta um caso clínico numa sessão clínica ou numa prática educativa médica ou popular é importante esclarecer que este registro representa um resumo, uma conclusão ou mesmo uma seleção de trechos que se quer discutir, ensinar, esclarecer ou problematizar.

Tradicionalmente, o estudo do caso clínico pertence ao universo das escolas e instituições médicas. Já no século XVI, a individualização do relato, consecutiva à preeminente situação da realidade individual no pensamento filosófico e científico, encontra-se pontuada na evolução do conhecimento da história clínica. Este conhecimento cumpria tanto o papel de entender de forma descritiva e explicativa a realidade dos indivíduos enfermos como o de instrumentalizar os mestres. A consequência foi um acréscimo do caráter biográfico na descrição da enfermidade. À medida que a categoria *observação* na descrição do caso individual se disseminava e aprofundava surgiu o caso clínico como questão importante na exposição do saber médico concreto. O mestre expunha o caso frente aos alunos e logo o discutia com os colaboradores mais distintos (Lain Entralgo, 1997).

As demonstrações de casos clínicos foram usuais nos métodos do ensino médico dinâmico no passado, porém, gradualmente foram substituídos por unidades de ensino que integram o professor, o estudante e o paciente. Com o objetivo de realizar uma prática médica de cunho humanizada, considerando o paciente como uma pessoa que sente, sofre, pensa e com o sentido de observar que no curso da evolução clínica de cada caso influem aspectos variados da ordem do emocional, social e ambiental o estudante médico foi sendo estimulado, ao longo principalmente na primeira metade do século XX, a acompanhar mais intensamente um número mais restrito de pacientes de forma direta sem a intermediação do registro do *expert* (Neghme & Diaz, 1975). Nos dias de hoje, o caso clínico com registro dos sinais e sintomas descritos pelo paciente e observados pelo médico continua a ser um instrumento importante para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais médicos.

É importante aqui ressaltar que embora a categoria *observação* pareça abrangente e livre de pré-conceitos vai ao longo do tempo sendo moldada para aquilo que deveria ser observado, segundo o paradigma considerado.

À medida que a biomedicina foi se especializando, fragmentando em órgãos, sistemas e aparelhos a integralidade dos indivíduos, este instrumento passou por muitas vezes a expressar descrições detalhadas de órgãos doentes em detrimento do sujeito. E pode se observar como cada vez mais vão entrando em cena os resultados de exames complementares, laboratoriais, de imagem, etc. ocupando o lugar da voz do sujeito/paciente e suas queixas clínicas. Até mesmo a descrição do exame físico realizado pelo médico fica delimitado aos achados relativos ao órgão em interesse. O exemplo abaixo ilustra o que se fala acima:

“Menina branca de 6 anos. Há 30 dias apresentou lesões cutâneas pouco pruriginosas, em placas circulares, com crescimento centrífugo; as bordas estão mais ativas e são eritematosas, vesiculosas e descamativas; o centro das placas é hipocrômico e com ligeira descamação furfurácea. São contadas 20 lesões nos ombros e nos membros inferiores. Os pais relatam que primos e sua filha apresentam o mesmo quadro dermatológico; suspeitam que a doença foi adquirida de um gatinho, com o qual as crianças estiveram brincando. O

exame da cultura do material coletado na lesão mostrou o fungo Microsporum canis e o diagnóstico é “tinea corporis”.

(Murahovschi, 2003: 581).

A análise deste caso clínico descrito no capítulo “Micoses Cutâneas Superficiais Dermatofitoses= Tinhas” permite reconhecer uma criança que, afora a idade, a única imagem que podemos construir é a da sua pele doente. É apenas um fragmento da criança que surge a quem o lê e, embora esteja descrito em um livro de pediatria, na prática representa um caso clínico adequado ao especialista dermatologista que queira conhecer um determinado tipo de manifestação do diagnóstico “tinea corporis”. A descrição que permite deduzir que houve uma escuta dos pais da criança, apenas é capaz de descrever um dado epidemiológico que reforça o diagnóstico que se vai construindo com a descrição da história da pele. Coerente com o dito anteriormente, uma das características deste livro descritas na introdução do mesmo é a seqüência lógica de raciocínio diagnóstico partindo desde suspeita inicial até o diagnóstico final.

Na homeopatia, o caso clínico é um instrumento de ensino-aprendizagem na formação e aperfeiçoamento de médicos e farmacêuticos homeopatas. Todo material de clínica que objetiva ser formador de médicos na especialidade, seja este livros, apostilas e etc. sempre contém casos clínicos. O caso clínico é a demonstração mais concreta da abrangência e dos limites desta medicina, assim como é um meio capaz de esclarecer em que se baseia e como se dá o tratamento homeopático. O caso clínico abaixo pode ser representativo do que se está querendo afirmar:

“Há 9 meses nos consultou um menino de 10 anos, com bronquite asmática e crises freqüentes de dispnéia. A mãe começa por referir que com 1,5 ano de idade, o menino teve sarampo e que a partir exatamente daí tem esta afecção pulmonar. Antes disto estava em perfeita saúde. Chamava atenção a transpiração profusa e fétida que o menino tinha durante o sono, empapando o travesseiro com odor fortemente desagradável. Além disso, tinha particularidade da pele que freqüentemente aparecia com pequenos grãos que a faziam áspera e seca como “pele de galinha”. Era extremamente tímido, fugia de pessoas

estranhas e ressaltava em seu comportamento uma forte e constante disposição a dizer “não” a tudo, a contradizer qualquer pequena proposição” (Paschero, 1983:99).

Em outro capítulo do livro “Homeopatia”, o autor acima referido afirma que a pergunta básica do homeopata não é o *que* o paciente tem e sim *quem* é o paciente. O foco não é apenas momentâneo, um recorte do sofrimento atual de quem sofre, e sim um conhecimento de uma individualidade que traduz os sofrimentos e as formas particulares de enfrentamento. A descrição do caso acima nos permite identificar a imagem de uma criança com sua doença, seus sentimentos, seu comportamento característico. Além disso, é possível perceber a valorização da narrativa da mãe mesmo quando esta não se relaciona, aparentemente, com o quadro clínico que motiva a busca do tratamento. Outros dados orgânicos aparecem descritos e características dos sentimentos, atitudes, comportamentos, que permitem a individualização da criança também são narrados.

É importante salientar para os motivos deste trabalho, a ausência de descrição das condições sociais de vida dos dois casos clínicos anteriormente descritos, seja na biomedicina, seja na homeopatia. Como já dissemos anteriormente os casos apresentados sempre representam um resumo ou seleção de itens que se privilegia para um determinado fim e por isso a ausência da história social das crianças não necessariamente significa que dados da mesma não tenham aparecido durante as consultas, entretanto, o que se pode concluir é que tanto para uma racionalidade médica como para outra, estas informações não foram consideradas importantes para se fazer diagnósticos. Será que estes dados realmente não apresentavam aspectos significativos por serem estes pacientes de condições sociais consideradas não adoecedoras, “saudáveis”? Ou será que estamos presentes a mais uma negação dos aspectos sociais da vida na saúde?

No caso da Educação, Bordenave & Pereira, 2001, no livro “Estratégias de Ensino-Aprendizagem” apresentam o “Estudo de Casos” como um método/estratégia de incentivar a participação ativa dos alunos e explica que este consiste em apresentar de forma sucinta uma situação real ou fictícia para ser discutida em grupo. Este pode ser apresentado de distintas maneiras que podem ir desde a narração, o diálogo, a dramatização, a seqüência

fotográfica, o filme, o artigo jornalístico entre outras. O objetivo é trazer um pouco a realidade à sala de aula, já que nem sempre é possível levar os alunos a observar a realidade ao vivo. Segundo o autor podemos ter dois tipos de casos: o *caso-análise* e o *caso-problema*. Como o nome já diz o *caso análise* objetiva desenvolver a capacidade analítica dos educandos enquanto através do *caso-problema* pretende-se fazer um esforço de síntese para se chegar a uma solução, a melhor possível dentro dos dados fornecidos pelo caso.

Para a pesquisa acadêmica, o “Estudo de Caso” é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (Triviños,1987). Na presente pesquisa, apropria-se desta estratégia, utilizada na aprendizagem, a qual objetiva a formação de um educando autônomo, capaz de relacionar teoria e prática, de buscar informações e utilizá-las no processo de tomada de decisões. Pode-se afirmar que do ponto de vista pedagógico, os casos ou estudo de casos são estratégias compatíveis com as finalidades de um ambiente de aprendizagem construtivista. Define-se “caso” , como uma situação contextualizada onde se estimula o desenvolvimento de uma compreensão da situação, buscando informações, formulando o problema e as hipóteses para solucioná-la, verificando suas ações, opções e/ou decisões, refletindo sobre os resultados produzidos (Struchiner, M., Rezende, F., 1998). O caso clínico é uma possibilidade de se ter a complexidade, que representa a saúde, problematizada e um estímulo vivo para se propor soluções.

Utilizando-nos das características que representem os processos envolvidos no raciocínio do estudo de caso, segundo Riesbeck apud Struchiner (1998), e adaptando ao nosso trabalho, podemos ter:

- Simulação de um universo no qual se possa ter experiência ► apresentação de um caso clínico que traga no seu registro o que se deseja ver abordado.
- Fornecimento do acesso a casos de experiências do mundo real ► *as histórias* de vida montadas sobre as experiências vivas das pessoas envolvidas.

- Dar papéis e tarefas aos participantes do processo educativo ► construção compartilhada do conhecimento.

- Desafiar através de problemas complexos ► problematização sobre os problemas de saúde apresentados.

Podemos, portanto, considerar que temos aqui, ainda que não profundamente, alguns elementos que apontam para o estudo de caso no método de pesquisa qualitativa. Esta descrição de casos torna-se perfeitamente adequada ao caso clínico e pode-se afirmar que dentro do ambiente da educação popular é possível através dele realizar tanto um percurso que vise tanto à análise como à solução ou até mesmo ambos quando estamos lidando com um problema de saúde coletiva.

III.II - O CASO CLÍNICO - a experiência da ONG HAPS

O caso clínico é um instrumento de educação na formação e aperfeiçoamento de médicos e farmacêuticos homeopatas. Em oficina realizada com professores da pré-escola no seminário da Organização Mundial de Educação Pré-escolar, no ano 2000, o caso clínico foi o meio pelo qual a ONG HAPS apresentou a homeopatia. O caso clínico é a demonstração mais concreta da abrangência e dos limites desta medicina, assim como é um meio capaz de esclarecer em que se baseia e como acontece o tratamento homeopático.

Embora o caso clínico homeopático, por características próprias desta racionalidade, seja capaz de expressar a interação do paciente com o seu meio biopsico-social, o modelo utilizado nas oficinas pedagógicas da ONG HAPS só foi considerado adequado para o que se pretendia após a participação da comunidade. Dessa forma posso afirmar que o modelo de caso clínico utilizado como ferramenta educativa é o produto de uma construção coletiva. A avaliação é que é mais fácil o estabelecimento de relações afetivas, que possam aproximar a comunidade ao estudo proposto, na medida em que há a identificação de

situações semelhantes, sejam elas dentro do âmbito clínico, sejam dentro das condições gerais de vida.

Inicialmente, os profissionais envolvidos com o trabalho se reuniam, e por questões éticas, elaboravam um caso clínico fictício, ou seja, de personagens criados por eles, embora estivessem baseados em histórias de vida que poderiam ser a de qualquer uma das pessoas que comparecem as consultas e as reuniões educativas. Nas construções destes casos a “história social” foi omitida, pois esta sempre foi a forma como se apresentavam os casos nas situações já referidas. Histórias sociais que se assemelham as dos profissionais e as dos grupos com quem se trabalha ficam subentendidas. Na realidade o que foi sugerido, por uma mãe presente na primeira reunião em que o caso clínico foi apresentado, ainda em 1999, é que se falasse mais do aspecto social do paciente apresentado no caso clínico. Certamente uma história social acadêmica¹² também seria insuficiente. O grupo, no qual a mãe havia problematizado as questões propostas com o caso apresentado, havia se julgado incapaz de responder o que se perguntava na ausência de uma história social que fosse suficiente para relatar as condições sociais de vida dos pacientes personificados no registro do caso clínico. A partir deste momento todo caso clínico conta com uma descrição particular das condições de vida dos pacientes.

Para este estudo, apresenta-se um caso clínico construído previamente às oficinas, a partir de relatos de atores envolvidos, obtidos com a intenção de conhecer as histórias reais das crianças que apresentavam escabiose e pediculose no ambiente das creches. Consideramos que desta forma nos aproximamos mais da complexa realidade dos atores envolvidos. Logo, um caso construído a partir do olhar de pessoas da própria comunidade, fundamentou as oficinas educativas apresentadas aqui que no início seriam três, mas que acabaram sendo quatro (são apresentadas três). A referência a esta 4^a oficina se faz necessária na discussão do instrumento caso clínico como será visto no capítulo correspondente. Se não podemos dizer que o caso clínico que fundamentou as três oficinas descritas foi de fato construído coletivamente, podemos afirmar que ele espelha a realidade

¹² A história social acadêmica na biomedicina costuma conter condições sucintas de moradia e alimentação e referências ao tabagismo e etilismo

de algumas das crianças da comunidade do Morro dos Cabritos já que foi construído a partir da fala de pessoas dela. Na realidade este trabalho está fundamentado em um recorte sobre um grupo de oficinas e reuniões que a partir de uma demanda específica vem mobilizando diversos atores locais envolvidos.

A construção e a descrição da realização das oficinas será apresentada no capítulo IV junto com os resultados, visando facilitar a leitura e o entendimento do processo de trabalho.

III.III - DEFINIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO: a comunidade do Morro dos Cabritos

A Comunidade do Morro dos Cabritos ocupa uma área de 138.714 m², com 1178 domicílios particulares e uma população de 5890 habitantes. O acesso ao Morro se dá através de um sistema particular local de transporte coletivo realizado por kombis ou vans e mais recentemente por motos-taxis. A região é parte da Área de Planejamento 2, que corresponde à IV RA, bairro de Botafogo, V RA, bairro de Copacabana e VI RA, bairro da Lagoa e está situada nos limites da localidade denominada Bairro Peixoto, parte noroeste do bairro de Copacabana, zona sul da Cidade do Rio de Janeiro (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2000). A comunidade tem duas vertentes geográficas mais populosas, a que tem a vista sobre Copacabana e a que tem a vista sobre o cemitério São João Batista, em Botafogo, considerada por todos a parte mais pobre e com maiores dificuldades sociais. Segundo informações das pessoas da região, a urbanização desse trecho é menos ordenada e a diferença pode estar na história da ocupação da região que teve nos portugueses uma imigração importante, os quais segundo as pessoas mais idosas eram mais “sérios”, esforçados e trabalhadores. Suas famílias consideradas até hoje melhor estruturadas (“*na família dos portugueses não tem ninguém do tráfico, são voltados à igreja católica*”) ocuparam basicamente a vertente de Copacabana.

O sistema de coleta dos efluentes sanitários existentes na área é bastante antigo, em manilhas de cerâmica e não se encontram em bom estado verificando entupimento e vazamentos em vários pontos, inclusive por saturação da rede. Há ainda lançamentos na

rede de drenagem de águas pluviais, “in natura” ou após um tratamento primário em fossas individuais. A área e todo o seu entorno é servida por água tratada da CEDAE - companhia Estadual de água e Esgoto, seja através de ligações domiciliares (particulares ou coletivas) ou através de ligações clandestinas. O lixo que deveria ser despejado em caçambas públicas e coletivas (avaliadas como insuficientes), muitas vezes acaba sendo despejado nas encostas em função das dificuldades que os moradores encontram em transpor as longas escadarias. O tipo de construção é predominantemente de alvenaria com um ou mais pavimentos (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 1999).

A taxa de analfabetismo para as pessoas com mais de 15 anos de idade, ou seja, em idade ativa, é elevada: 12,2% (na Região Metropolitana do Rio de Janeiro é de aproximadamente 4%). 71% não tem o primeiro grau completo. A maior parte da população é composta por crianças (49% têm idades entre zero e 24 anos). A renda domiciliar per capita para os maiores de 15 anos é de 133,66 reais. Segundo o documento pesquisado, observa-se uma total integração dos diferentes núcleos da comunidade com a Associação de Moradores e um alto nível de conhecimento, por parte desta, dos problemas que afetam os moradores (Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2000).

A comunidade tem seus problemas de saúde atendidos no Posto de Saúde localizado na Praça Serzedelo Corrêa, em Copacabana. Porém, o relato obtido pelos responsáveis das crianças atendidas por nós mostra que as pessoas procuram os serviços apenas em situações de urgência, o que acontece principalmente nos hospitais Rocha Maia, em Botafogo e Miguel Couto, na Lagoa. Na comunidade Morro dos Cabritos, verifica-se a presença de um ambulatório desativado no momento.

A área é servida por duas creches comunitárias: “Cantinho da Natureza” e “Tia Sônia Crispiniano”. Devido a sua proximidade geográfica, a creche Tia Sônia atende majoritariamente (70% aproximadamente) o grupo populacional com a vertente para o cemitério. As educadoras também são na sua maior parte desta região do morro. Já a outra creche (Cantinho da Natureza) atende principalmente ao grupo de Copacabana. Desde o início do nosso trabalho com esta população (1999) tivemos definida nossa inserção a partir

de contato feito com a única creche existente a “Cantinho”, construída e funcionando nesta comunidade através de uma parceria Igreja Católica local/ ONG “AVSI”, católica e de origem italiana / Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social-RJ. Este contato se deu através de sua coordenadora, uma enfermeira, que por ser da área de saúde se prontificou a identificar e encaminhar crianças que poderiam estar se beneficiando com o tratamento homeopático. O critério acordado eram as crianças que reconhecidamente adoeciam muito e as que faltavam com muita frequência à creche por motivos de saúde. Apesar do nosso contato inicial ser com a “Cantinho” a história desta pesquisa está associada à creche “Tia Sonia Crispriniano” que foi fundada em dezembro de 2002 e começou a funcionar em 21 de janeiro de 2003.

A creche “Tia Sonia Crispriniano” representa uma das obras do programa Favela Bairro, programa de urbanização das comunidades pobres da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Seu corpo profissional é composto por 12 recreadoras e 12 auxiliares, nomeado às educadoras que cuidam das crianças. Recebem este nome por não terem nenhuma formação acadêmica prévia na área de educação ou pedagogia. Trabalham regularmente de 2^a a 6^a feira das 7:30 às 17:30h. Das recreadoras é exigido o 2^o grau completo e das auxiliares o 1^o grau completo. Tem uma educadora no momento fazendo a faculdade de pedagogia. Nesta pesquisa estaremos considerando as recreadoras e suas auxiliares como as educadoras da creche.

Segundo relatório de atividades de saúde comunitária desenvolvidas pela Escola de Enfermagem da UFRJ, nos período de 2000-2002, a média de idade dos pais das crianças da creche “Cantinho da Natureza”, era de 21,5 anos e ambos apresentavam baixa escolaridade e 52% moravam juntos ¹³. A maioria das mães era doméstica e os pais desempregados. A média da renda familiar per capita era de 0,5 salários mínimos. Cerca de 50% das crianças possuíam de 1 a 2 irmãos. Os domicílios eram próprios, de alvenaria, com quatro cômodos em média e contavam com condições relativamente adequadas de saneamento básico. Durante o ano de 2003 estiveram matriculadas na creche Tia Sônia 141

¹³ Embora o relatório não especifique o número absoluto de crianças cujos pais foram pesquisados, acredito que podemos considerar um número em torno de 200 crianças.

crianças, mantendo uma média de 23 crianças por turma (quatro turmas) e 18 no berçário (duas turmas). Chama a atenção a frequência média de crianças na creche que segundo quadro de controle de frequência varia de 98 a 117 por dia, o que indica um alto índice de faltantes. Em conversas informais com as “meninas da creche”, 2^{as.} e 6^{as.} feiras são os dias em que as crianças menos comparecem à creche, assim como os dias chuvosos. Ao averiguar o motivo disso, pessoas da creche afirmam que é muito comum as crianças acompanharem os programas dos pais nos finais de semana e com isso apresentam muita dificuldade para acordar de manhã cedo. A idade média dos pais de certa forma reforça esta idéia.

A creche “Tia Sônia Crispiniano” recebeu este nome em homenagem à tia Sônia, pessoa muito querida por toda a comunidade, parteira, cuidou da farmácia da igreja e era conhecida como a enfermeira do local. Tia Sônia foi a primeira diretora da Associação de Mulheres do Morro dos Cabritos e tem uma história significativa dentro das lutas por melhores condições de vida nesta comunidade. Segundo várias pessoas do local, a homenagem da creche, escolhendo seu nome, foi um reconhecimento pelo seu trabalho cuidando crianças locais, pois enquanto seus filhos eram pequenos e tinha que cuidá-los em casa, recebia crianças cujas mães trabalhavam fora e as cuidava junto e da mesma forma que cuidava dos seus. Seu grande desejo foi que a comunidade tivesse uma creche para acolher e cuidar das crianças nos horários que as mães não pudessem fazê-lo. Cuidando da farmácia da igreja que se mantinha através de doações, ela aplicava injeções, prescrevia medicamentos e ensinava hábitos de higiene às pessoas do local. Faleceu aos 55 anos de idade, após lutar bravamente contra um câncer de ovário. Sua filha que trabalha como recreadora na outra creche comunitária conversou e contou o lado pessoal desta história.

III.IV - ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE

Todas as oficinas foram gravadas e transcritas, buscando captar as falas de cada indivíduo presente. Para a análise do conteúdo dos discursos, o material coletado foi organizado com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre & Lefèvre & Teixeira (2000), através de 3 das suas 4 figuras metodológicas: a idéia central,

as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo (DSC). A(s) idéia(s) central(s) é a (s) afirmação(s) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos. As expressões-chave são transcrições literais de partes dos depoimentos que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. O DSC busca resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos em contraposição à categorização onde a categoria substitui os discursos como representante da produção de conhecimento. Foram construídos tantos discursos-síntese quantos necessários para expressar o pensado sobre o objeto pesquisado. Para elaboração do DSC partiu-se dos discursos estado bruto submetendo-os a um trabalho analítico inicial de decomposição onde se extraíram as idéias centrais e suas respectivas expressões-chave. Em seguida agregaram-se idéias centrais e/ou suas expressões-chave equivalentes, porém diferentes, para obter o DSC, como se o discurso de todos fosse o discurso de um. Para isso foram excluídos os discursos ou parte deles que falam de particularidades ou situações individuais onde são citadas pessoas específicas.

Acredito que a escolha deste método mais do que promover algum tipo de adequação para o material que se dispõe é a possibilidade de se ter um instrumento metodológico que permite de forma empírica trazer e sistematizar a questão do individual e do coletivo, bastante importante neste trabalho. Podemos dizer que o coletivo é a soma dos recursos individuais? Ou representa uma nova individualidade que representa todos, mas também não é nenhum particularmente? Enfim, através do DSC podemos perceber a agregação discursiva de diferentes discursos individuais, do grupo com o qual se está trabalhando, produzindo uma nova individualidade, a do coletivo.

A análise deste trabalho pode ser dividida em três:

- ✓ Análise do conteúdo dos discursos dos grupos - realizada após a apresentação dos mesmos no capítulo reservado aos resultados tendo em vista identificar as possibilidades do caso clínico na educação popular e saúde.

- ✓ Análise comparativa entre os diferentes conteúdos dos discursos dos grupos - apresentada no capítulo da discussão e da análise e está sistematizada através de quadros

comparativos dos discursos. Estes quadros e suas análises estão orientados pela proposta dos mapas de associação de idéias propostos por Spink & Lima (2000). Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo. Não são técnicas fechadas, há um processo interativo entre análise dos conteúdos e elaboração das categorias. O próprio processo de análise pode levar a redefinição das categorias.

✓ Análise do processo para o objetivo proposto - o caso clínico - também no capítulo reservado para a discussão e análise.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a história da demanda local de saúde emergencial da creche comunitária associada a esta pesquisa, as oficinas educativas, o caso clínico homeopático estudado neste trabalho e o conteúdo dos discursos registrados acompanhados de uma inicial interpretação dos mesmos.

No final apresenta-se o encaminhamento dado a partir das oficinas dentro de uma prática de EPS. Este relato, embora não esteja submetido à mesma metodologia das oficinas, representa de fato o trabalho educativo onde a partir de reflexões e análises coletivas se pretende encontrar ou propor soluções adequadas à realidade considerada.

Os resultados são apresentados na seqüência temporal das três oficinas consideradas:

- ✓ Oficina com responsáveis de crianças da comunidade do Morro dos Cabritos, especificamente crianças que freqüentam as creches comunitárias (agosto/2003).
- ✓ Oficina com as educadoras da creche comunitária “Tia Sonia Crispiniano” (novembro/2003).
- ✓ Oficina com os médicos (novembro/2003).
- ✓ A Busca de Soluções

IV.I - A DEMANDA LOCAL E A PESQUISA

Durante o mês de maio de 2003, a ONG HAPS recebeu a solicitação de buscar soluções para um problema coletivo e específico de saúde que segundo as educadoras das creches comunitárias vinha dificultando o convívio das crianças e trazendo reclamações de alguns pais. A escabiose e a pediculose, problemas recorrentes em ambientes coletivos e que nos últimos tempos tem se estabelecido irrestritamente, em escolas e creches, parecia ser o novo desafio. Escolheu-se este campo como estratégia metodológica deste trabalho na medida que, por um lado, representa a possibilidade de discutir uma questão coletiva onde não pode deixar de ser considerado o aspecto individual e, por outro, coloca uma questão objetiva que para a racionalidade homeopática ainda é desafiadora, senão problemática:

como tratar de “pioelhos” e de “sarna” de forma efetiva e dentro de um prazo razoável, para a manutenção do funcionamento da creche, com medicamentos homeopáticos.

É uma demanda emergente no momento do presente trabalho e representa também a possibilidade de discutir e problematizar sobre uma questão de saúde coletiva através de um caso individual, com uma história de vida única. Em três fóruns distintos, no âmbito da creche, no dos lares das famílias das crianças acometidas e no dos profissionais da ONG HAPS, abre-se um espaço que possibilita o entendimento e soluções que equacionem este problema recorrente de saúde coletiva. Acredita-se, desta forma, também estar oferecendo instrumentos para o fortalecimento e o desenvolvimento das redes sociais já existentes no cotidiano dessas pessoas.

As informações obtidas nas reuniões realizadas na creche com as educadoras em maio e junho de 2003 foram utilizadas como ponto de partida, conforme relatórios-documentos arquivados na ONG. No final da segunda reunião, quando ficou claro que para o que se buscava seria necessário refletir e problematizar em grupo, considerando responsáveis, educadores e profissionais de saúde, convidaram-se de duas a três educadoras a fornecer material para o caso clínico, que a princípio seria base apenas para a oficina com os responsáveis. A idéia de construir um segundo caso sob o olhar dos responsáveis não foi produtiva, pois metodologicamente pareceu ser inviável comparar percepções que não tivessem o mesmo objeto de observação. Entretanto, avaliou-se que seria importante citar todas as oficinas, pois a existência de dois casos clínicos sobre o mesmo problema de saúde, mas, com enfoques e histórias distintas, possibilita conclusões importantes para o propósito desta pesquisa. Como etapa final do processo de reflexão foi realizada uma oficina com os médicos da ONG HAPS sobre o mesmo caso clínico.

Resumindo, podemos dizer que se buscou trabalhar com o instrumento caso clínico homeopático, representante da racionalidade correspondente, com três grupos de atores sociais envolvidos na solução dos mesmos problemas coletivos de saúde, a escabiose e a pediculose: as educadoras da creche comunitária, pessoas que são da própria comunidade,

mas que nesta situação representam a ansiedade e o limite institucional e pessoal para interferir num problema de saúde; os responsáveis das crianças que freqüentam a(s) creche(s) e que representam a comunidade em si; e os médicos homeopatas da ONG que mantém contato com a comunidade basicamente através das consultas médicas por estes realizadas. A problematização feita foi a mesma nos três grupos de atores investigados. Considerando que nosso objeto são as práticas, de educação popular e homeopática e que dentro de uma prática médica comparecem prioritariamente as dimensões do diagnóstico e da terapêutica, as perguntas lançadas nas oficinas foram a estas referendadas: qual o problema de saúde? Que soluções podem ser buscadas?

Nosso papel enquanto facilitadores foi o de favorecer a participação, insistindo sobre o interesse da contribuição de cada um e sobre a importância de fazer críticas construtivas, respeitando os pontos de vista alheios.

IV.II – O CASO CLÍNICO PROBLEMATIZADO

O caso clínico utilizado nas oficinas foi construído buscando usar expressões que evidenciam a visão das educadoras sobre o problema estudado (ex: *sem qualquer sinal de água e/ou sabão*). A lógica da homeopatia que aparece referida no início do caso é aquela que busca detalhar o sinal/sintoma e para a qual é insuficiente apenas o exame físico do paciente.

Os Médicos da Ação pelo Semelhante foram chamados para examinar e tratar de uma criança na creche “Tia Sonia” que apresentava muita coceira na pele de todo o corpo e no cabelo. Chegando lá o médico, seguindo a lógica da homeopatia, teve que conversar com a professora que fica com a criança, no sentido de construir uma história clínica.

“Francisco José, 3 anos, morador da comunidade dos Morros dos Cabritos. Mora com a mãe e a avó materna que ajuda a cuidar dele e de mais um irmão mais velho.. A mãe esta grávida do quarto filho e cada um deles é filho de um pai diferente. No momento tanto ela como a avó estão desempregadas e sobrevivem de alguns trocados dados pelos

pais das crianças e de uma cesta doada por uma instituição de caridade. A casa onde moram tem três cômodos, água encanada e rede de esgotos. Até o segundo ano de sua vida, Chiquinho era muito bem cuidado. A partir daí parece que os responsáveis esqueceram que ele ainda precisa de muita atenção e cuidados e com frequência chega de manhã na creche com a mesma fralda que saiu no dia anterior, o que acarreta muita assadura. As roupas consideradas sujas na creche e que vão para casa para serem lavadas, retornam dois ou mais dias depois, sem qualquer sinal de terem visto água e/ou sabão. No outro dia as roupas sujas chegaram com um cheiro muito forte de álcool, parecia até que derramaram cachaça pura nelas. Há 2 semanas a criança vem se coçando na cabeça e no corpo inteiro”.

Quando o médico chegou próximo à criança esta chorou muito assustada por estar na presença de um estranho e este por sua vez se surpreendeu ao ver o estado que se encontrava a pele da criança. Era uma crosta só!

Segundo a professora, há dois meses, Chiquinho começou com umas bolhinhas que coçavam demais principalmente nas dobras do corpo como as axilas e virilhas. Ia chegando o fim do dia e piorava muito. Com o tempo a coceira foi se espalhando e às bolinhas iniciais se somaram escoriações por causa da coceira, e crostas como tentativa de cicatrização dos machucados. Para completar o drama de Chiquinho a cabeça começou a coçar muito e as professoras acham que ele está com piolho. Logo que isso aconteceu foram atrás do irmão mais velho de 4 anos e, apesar de saberem que este menino dorme na mesma cama que Chiquinho, não encontraram um piolho sequer na sua cabeça.

As professoras estão muito preocupadas com essa coceira toda, pois se começar a passar de uma criança para outra vai ser um inferno!

Tentando saber mais a respeito de Chiquinho, soube-se que ele é um menino muito medroso, assustado mesmo, que pouco se relaciona com os outros meninos e que se deixar fica num canto agarrado à sua chupeta e a uma fraldinha de estimação. Fala pouco, adora ser abraçado e beijado, o que tem acontecido muito pouco ultimamente... Demora a entrar na rodinha e nas brincadeiras em geral, propostas pela professora.

Ao exame, o médico chegou à conclusão que Chiquinho está com sarna e piolho e que deve ser tratado em casa, não podendo frequentar a creche enquanto isso.

IV.III - AS OFICINAS

A sistematização das oficinas segue um modelo comum onde através de geralmente três etapas buscamos trocar afetos, experiências e saberes, sempre num período de tempo que varia de uma a três horas, segundo a disponibilidade das pessoas:

- Sensibilização - utilização de diferentes técnicas que servem para apresentar e relaxar os presentes. Durante as oficinas com mães e educadoras utilizou-se a mesma técnica de sensibilização convidando-as a falar de uma fragilidade e de uma fortaleza próprias. Esse material está todo documentado e não foi incorporado aqui, pois tornaria o registro desta pesquisa muito longo.
- Dúvidas e Esclarecimentos - etapa onde questões individuais podem ser respondidas dentro do universo maior da saúde, desde que representem o coletivo no presente ou no futuro. Questões muito particulares recebem a orientação para serem levadas aos médicos atendentes.
- Caso clínico - apresentação de um caso clínico acompanhado de uma pergunta. De uma forma geral o grupão é subdividido em grupos menores com vistas a responderem a pergunta e posteriormente faz-se uma reunião geral para conclusões. Nesta pesquisa preferimos não utilizar esta estratégia, pois temíamos perder material.

Na oficina com as responsáveis tivemos outra etapa que incluía a confecção de sabonete de enxofre. Avaliou-se que o problema coletivo de saúde apresentado não poderia simplesmente aguardar o processo todo acontecer, já que havia algumas crianças apresentando um estado de escabiose avançado e que o sabonete poderia amenizar o prurido e as conseqüências do mesmo. O mesmo aconteceu com a pediculose, motivo pelo qual se fez uma segunda oficina com os responsáveis um pouco depois da primeira (não registrada nesta pesquisa). Na ocasião produziu-se em grupo, na cozinha velha de uma das creches, uma loção piolhizada a base de agrião e água tônica, receita de uma das avós, que foi quem ensinou a todas as outras a confecção da mesma. Esta receita foi posteriormente

experimentada por um grupo de crianças infestadas significativamente por piolhos e os resultados positivos fez com se reproduzisse este uso nas creches e nos lares das crianças.

As oficinas foram gravadas e transcritas. Na oficina com os responsáveis houve problemas com a posição do gravador e com a presença de crianças do lado de fora, que brincavam e faziam ruídos. Isto em parte se justifica pela diferença do tamanho dos discursos destes com relação aos outros dois, educadoras e médicos. Entretanto, a característica própria do método do Discurso do Sujeito Coletivo onde se recomenda a exclusão de histórias individuais que reflitam particularidades que não afetam o grupo e sim alguns indivíduos, assim como citações que possibilitem a identificação de quem fala, também creio ser uma das causas deste fato. É como se estas pessoas tivessem uma “necessidade” de falar de suas histórias pessoais trazidas por dados do caso coletivo mais que opinar pela história deste último. As educadoras e os médicos imbuídos da missão institucional se sentem mais comprometidos com a resolução do problema de saúde coletivo e talvez por isso apresentem discursos mais longos, maior nos médicos que nas educadoras.

As diferentes opiniões, percepções sobre o caso clínico em cada oficina, são apresentadas a seguir, através das idéias centrais - o essencial do conteúdo discursivo nos depoimentos - e das expressões chave - transcrições literais de parte dos depoimentos resgatando o essencial do conteúdo discursivo.

IV.IV - OFICINA COM OS PAIS/RESPONSÁVEIS (agosto/2003)

O material desta oficina provém dos registros da ONG HAPS. O objetivo geral desta oficina foi o de conhecer o que um grupo de responsáveis de crianças de creches comunitárias do Morro dos Cabritos sabe, pensa e propõe ao problema do piolho e da sarna dentro do ambiente da creche. Já havia acontecido duas reuniões com as educadoras, o que gerou informação acerca da necessidade de se fazer um trabalho organizado de assistência e prevenção neste campo da saúde da creche. Como objetivos específicos foram considerados: a necessidade de informar sobre as reuniões com a creche a respeito do

assunto sarna e piolho; demonstrar como se faz sabonete de enxofre para que este conhecimento seja reproduzido e usado no tratamento e prevenção da sarna; informar sobre a realização desta pesquisa e da possibilidade do uso do material produzido nesta oficina educativa.

A divulgação desta oficina seguiu o padrão comum utilizado pela ONG onde pequenos cartazes são elaborados e distribuídos pelas duas creches. Além disso, os pais que tem crianças em tratamento no serviço são contatados pessoalmente pelo telefone. Chamou-se esta série de oficinas de “Xô Coceira!”. O trabalho aconteceu na cozinha antiga da creche “Cantinho da Natureza”, situada bem no alto onde se pode observar quase toda uma das vertentes da comunidade. Lá longe se pode avistar o mar azul e mais acima da encosta do Morro ainda se tem área verde.

Estiverem presentes no início 16 pessoas, embora a maioria não tenha podido ficar o tempo todo presente, já que o início da oficina foi às 7.30h da manhã e muita gente tinha que trabalhar. Algumas pessoas foram se aproximando à medida que a oficina ia transcorrendo e por isso tivemos em média 20 pessoas presentes. Das 16 pessoas da comunidade do início, três eram avós-mães: uma cuidava das netas enquanto os filhos, e noras trabalhavam; outra cuidava do neto que não tinha mãe, pois tinha falecido de mal asmático; e a outra cuidava da neta, filha de uma filha que embora morasse com ela não queria saber da filha e se encontrava envolvida com drogas. Cinco delas eram mães e ao mesmo tempo trabalhavam em uma das creches comunitárias. Os técnicos eram três incluindo a pesquisadora.

É importante deixar claro que das pessoas presentes apenas duas eram responsáveis de crianças tratadas no nosso ambulatório, ou seja, a maioria desconhecia o nosso trabalho de assistência com homeopatia e com exceção de duas das três avós, nenhuma havia estado anteriormente em nossas oficinas educativas. Esta falta de regularidade na presença das pessoas é um dos problemas que temos enfrentado no nosso trabalho. Avaliamos que a ausência de um local e horários constantes seja em parte responsável por este fato.

Considerando que esta oficina poderia produzir material para esta pesquisa foi solicitada as presentes a permissão para a gravação das falas, observando que seria garantido o sigilo e a não identificação das falas.

Optamos começar pelo sabonete, pois acreditávamos que este seria, como foi, um momento de descontração e sociabilização necessário para que a discussão posterior fosse mais rica. Porém, isto estendeu a oficina para além do tempo previsto, o que ao nosso ver foi uma grande falha. Daí muita gente não ter podido ficar até o fim dela.

Após a etapa de sensibilização onde, como já foi dito falamos das fortalezas e das fragilidades de todos os presentes, apresentamos o caso clínico do Chiquinho e lançamos as perguntas, inicialmente sobre o diagnóstico do problema e posteriormente sobre a terapêutica.

QUAL O PROBLEMA DE SAÚDE DE CHIQUINHO?

O conteúdo dos discursos dos responsáveis, recortados segundo as idéias centrais e expressões-chave, apontam para distintas compreensões da questão apresentadas. No quadro 1 é possível observar uma diversidade que revela simultaneamente tensão e complementariedade na interpretação do caso clínico. Entende-se que a diversidade revelada pelo diagnóstico feito por estas pessoas é o produto da complexidade que significa entender um problema de saúde coletiva. Observa-se ainda a ausência da objetividade e da sistematização das idéias próprias do pensamento científico (Chauí, 2002). Aqui as idéias vêm, são ditas, posteriormente são processadas junto às experiências individuais e novamente reveladas ao grupo.

Um grupo de interpretação aponta para uma determinação individual para o problema, relacionado-o às carências da mãe/família que inclui: falta de cuidados; falta de amor; falta de higiene; falta de motivação.

Há uma tendência nestes discursos a culpabilização das vítimas¹⁴, entendido aqui as vítimas como a mãe e a avó de Chiquinho (“*A professora fala porque a mãe e avó não cuidam; Quer ter vida normal como se não tivesse filho...;... a criança na creche, sem fralda, sem cuidado...*”).

Quadro 1- Síntese do conteúdo dos discursos dos responsáveis de crianças de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES -CHAVE
Falta de higiene	Falta de higiene traz doenças... Pode ser pobre mas não precisa ser porca...É porca!
Falta de amor	...mas a falta de amor traz muitas doenças
Falta de cuidado	A professora fala porque a mãe e avó não cuidam... a criança na creche, sem fralda, sem cuidado... Quanto mais cedo melhor, olhar e cuidar pelos filhos
Falta de assistência médica	Falta de médico
Falta educação para a mãe	Essa mãe precisa de educação
As mães que precisam de ajuda não vem à reunião	Tem que chamar as que precisam, mas elas não querem, não vem...
A constituição da criança	Tem crianças com tendência assadura... A constituição diferente faz com que os irmãos... um tenha sarna e piolho e o outro não
A pobreza	A pessoa não tem dinheiro... Nem todas as pessoas têm as mesmas facilidades... Mas o problema é a falta de condições
A mudança dos tempos	Os tempos mudaram, a cabeça está muito avoada, antigamente se pensava em estudar. Hoje em dia é diferente... as coisas mudaram... Os jovens de hoje são muito descansados...
A ocupação das mães	Mães que trabalham
O número de filhos/ O desejo de acertar com um homem	Essa mãe não pode usar camisinha? São 4 filhos! Tem muitos filhos com pais diferentes porque querem acertar com um homem
Falta de motivação	Não tem motivação para ser mãe! Apatia em casa

¹⁴ A culpabilização da vítima é segundo Valla, 1993, um dos efeitos mais perniciosos do mau funcionamento dos serviços públicos no Brasil. A individualização da culpa resulta na explicação de uma prática coletiva. uma das justificativas para a culpabilização das vítimas é a desqualificação do saber popular em prol sempre do saber técnico/científico.

É como se não tivesse filhos	Quer ter vida normal como se não tivesse filho.
A televisão	A televisão estragou a família... A televisão é responsável por tudo que está acontecendo... Não compre TV, estragou com tudo, com a família.
A globalização	...essa tal de globalização...
O álcool	O álcool é causador de muitos problemas na família.
A falta de uma associação de moradores forte	Não tem associação de moradores forte
O nervosismo dos pais leva à violência	Pais nervosos batem, espancam os filhos
A morte como liberdade para as drogas	Depois que se envolve com drogas só se livra quando morre
O contágio fácil na comunidade	Numa comunidade uma pega, outra pega.

Esta atitude, típica dos tempos atuais onde se eximem as responsabilidades coletivas, estatais, para considerar que a culpa está no próprio indivíduo, aparece no discurso entre pares. É a assimilação do discurso dominante no momento em que se analisa uma família que está em condições mais precárias do que os que estão na construção do discurso.

Outro aspecto que deve ser salientado aqui é a demarcação que foi considerada necessária fazer entre famílias como a de Chiquinho e as das pessoas que estavam presentes na reunião (pais de família em situação especial de risco, em geral, não freqüentam reuniões). Houve uma grande quantidade de relatos individuais, pessoais, que por motivos metodológicos foram retirados da tabulação dos discursos, o que foi interpretado como uma necessidade de diferenciação entre os presentes e o caso. Na realidade, este caso não é representativo da maioria das crianças da creche que apresentam pediculose e/ou escabiose. Entende-se, no entanto, que este tipo de caso por mim acolhido após ter sido apontado pelas três educadoras é aquele que foi compreendido por elas como o que mais contribui para a permanência da infestação, conseqüentemente representa o tipo de criança e de família que mais precisa ser problematizado e ajudado.

Observa-se em algumas falas a necessidade de desvincular a pobreza da sujeira (*“Pode ser pobre, mas não precisa ser porca...”*). Vários relatos individuais de vida foram feitos aqui (*“sou pobre, mas sou limpinha”*; *“na minha casa sempre fomos pobres, até fralda de lençol eu fiz para os meus filhos”*), onde se fazia questão de se ressaltar a limpeza

e a higiene apesar da pobreza e mesmo miséria. Isso também aparece na reunião com as educadoras quando fomos procurar material para a construção do caso clínico. Questionamos algumas vezes a razão para a falta de higiene, já que não havia relação com a pobreza, e sempre apareceu a família e a falta de educação, esta última entendida como falta de informação.

As explicações para essas carências individuais da mãe algumas vezes estão justificadas pela quantidade de filhos (*“Essa mãe não pode usar camisinha? São 4 filhos!..”*), que pode estar ligada ao desejo de querer acertar com um homem (*“Tem muitos filhos com pais diferentes porque querem acertar com um homem...”*). Uma determinação individual pode ainda ser observada com relação à constituição da criança (*“Tem crianças com tendência a assadura... A constituição diferente faz com que os irmãos... um tenha sarna e piolho e o outro não...”*).

A violência também é citada, mas aparece acompanhada de uma justificativa (*“Pais nervosos batem, espancam os filhos...”*). A violência entre mães e filhos já tem sido produto da observação e discussão dos médicos que atendem as crianças desta comunidade. Durante as consultas são comuns atitudes agressivas físicas e verbais das mães aos filhos. Cabe aqui indagar que nervosismo é esse? Por que estes pais ficam tão nervosos que precisam espancar os próprios filhos? Será possível manter a calma, frente a tantas adversidades diárias, no momento que a criança chora, faz manha, esperneia? Há que se considerar que muitas vezes esta reação da criança é porque quer algo que está totalmente fora das possibilidades de realização pelos pais.

Embora exista a compreensão da importância das reuniões educativas as pessoas reconhecem a existência da falta de motivação, da apatia, como origem da dificuldade de participação das pessoas que mais se beneficiariam (*“Tem que chamar as que precisam, mas elas não querem, não vem... Não tem motivação para ser mãe! Apatia em casa”*). Vasconcelos citando Valla (1999) aponta para o fato de que muitas vezes as classes populares protegem-se daquilo que os educadores populares denominam “processos de

conscientização” por perceberem intuitivamente que esse processo pode vir a exigir muito deles, quando já se encontram próximos da exaustão.

Outro grupo traz uma interpretação para o problema, relacionando-os às carências coletivas, ou seja, imputam uma determinação coletiva, da sociedade como um todo até a dimensão comunitária. Aparece ligada à: falta de assistência médica, falta de educação, pobreza e falta de uma associação de moradores forte. a precariedade das condições de vida das classes populares, expondo o corpo de seus membros a constantes agressões, leva a um estado de emergência sanitária permanente. É bastante conhecida para estas pessoas a realidade de quem nada tem. A década de 90, marcada pela proposta “neoliberal” que se desenvolve na América Latina agrava a questão dos serviços básicos das cidades na medida que privilegia o gasto da verba pública na infra-estrutura industrial privada em detrimento do prejuízo do consumo coletivo público; flexibiliza as relações de trabalho; agrava a crise econômica e o desemprego. Nesse contexto torna-se necessário a organização da sociedade civil no sentido de pressionar os governos para garantir o investimento adequado nos serviços básicos necessários (Valla, 1993).

Aponta-se para a questão da iniquidade social (“*Nem todas as pessoas têm as mesmas facilidades...*”). Ressalta, no entanto, que essas determinações coletivas geralmente surgem como desencadeantes / explicações para o âmbito individual da determinação, ou seja, falta educação (ou melhor, informação) para que a mãe ou a avó desempenhe seu papel como cuidadora.

O contágio fácil na comunidade traduz a compreensão da organização espacial e urbanização no morro, onde as pessoas moram muito próximas mantendo um contato estreito entre elas. Contrapõe-se à fala anterior da constituição individual.

É interessante salientar o valor e atribuição dada aqui à organização social local. Apesar das queixas à inoperância da associação de moradores, coisa muito falada no dia a dia das consultas e das atividades educativas, percebe-se o reconhecimento e a importância da organização social local para a resolução dos problemas. É comum ouvirmos críticas à

associação de moradores local tais como: privilégio de melhoramentos em áreas onde se localizam as residências dos dirigentes, só procurar a população quando interesses pessoais ou da própria associação estão envolvidos, etc. Nesse sentido conseguimos perceber a importância da fala de uma líder comunitária que aponta para o valor das creches comunitárias como espaços de aglutinação e reflexão das famílias.

Um terceiro grupo de interpretação compõem explicações ligadas à conjuntura sócio econômica, à contemporaneidade: a globalização, a televisão e a mudança dos tempos (“*A televisão estragou a família... A televisão é responsável por tudo que está acontecendo... Não compre TV, estragou com tudo, com a família*”; “...*essa tal de globalização*” ; “*Os tempos mudaram, a cabeça está muito avoada, antigamente se pensava em estudar, hoje em dia é diferente...as coisas mudaram...os jovens de hoje são muito descansados..*”).

Valla, 2000, faz uma discussão sobre o papel da televisão e as outras experiências que possibilitam a construção de sonhos, colocando uma interpretação que supera a repetida “é uma forma de escapar da realidade” e entende que através da televisão, dos jogos, o futebol, pode-se estar buscando uma concepção mais ampla da vida. Porém é muito lúcida a avaliação da influência negativa da televisão nas pessoas. Mesmo nas comunidades, onde em geral existe o lado de fora, o quintal, a ruela, as pessoas têm ficado um número cada vez maior de horas frente à televisão. A violência local faz com que pais impeçam seus filhos de saírem e como muitos deles trabalham acabam achando mais seguro manter as crianças em casa frente à TV. Os programas infantis são na sua grande maioria de qualidade criticável e é muito comum as crianças verem novelas, *realitys shows*, etc.

Antes de passar para o quadro da terapêutica gostaria de citar e realçar dois discursos que ao meu ver traduzem o espírito solidário e as expectativas de uma vida normal:

“Tem muitos filhos com pais diferentes porque querem acertar com um homem”

e

“As pessoas querem ter vida normal com os filhos”

O primeiro é uma justificativa para o número de filhos considerado excessivo. Porém ao invés das pessoas criticarem as outras elas buscam entender que esse possa ser um movimento de querer “dar certo” com um homem, isso porque provavelmente assim o vivem, elas próprias, parentes ou vizinhos. O segundo demonstra que apesar de serem “porcas”, “descuidadas com seus filhos”, as mães como as de Chiquinho querem ter uma vida normal. Neste período de experiência com comunidades tanto no espaço das consultas como por meio das reuniões educativas pode-se constatar que a solidariedade espontânea entre as pessoas de uma mesma comunidade se expressa de diversas formas. Seja através de ações concretas como doar comida, roupa, etc., ajuda no cuidado das crianças seja para realizar afazeres que exijam a ausência dos responsáveis, seja numa situação de doença quando as crianças ficam impossibilitadas de freqüentar a creche e os pais têm que continuar trabalhando e para tal uma vizinha ou um parente fica com as crianças.

Passamos agora às soluções apontadas pelo grupo:

**QUE SOLUÇÕES PODERÍAMOS PENSAR PARA
RESOLVER O PROBLEMA?**

Quadro 2- Síntese do conteúdo dos discursos dos responsáveis de crianças de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre a terapêutica

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES -CHAVE
Dando ajuda à mãe	Como ajudar a mãe... A gente tem que entender... Tem que ajudar
Acompanhar as mães	Tem que fazer acompanhamento
Condicionar a freqüência da mãe nas atividades educativas a permanência da criança na creche	Se não vem, as crianças não vão participar da creche.
A ineficiência do assistencialismo	Não pode simplesmente dar, senão se acomodam
Tratar com amor/dar carinho	...tem que ajudar a tratar com amor... Tem que dar carinho...Filho precisa de carinho
Higiene	Tem tantas formas de se fazer higiene!...De repente é porque uma das crianças tem uma avó que faz a higiene...

A fofoca prejudica a criança	Não deve fazer fofoca, falar de uma para outra, a criança é que sai prejudicada, quem não tem nada com isso...
A crítica à mãe não adianta	Não adianta criticar... Não adianta a gente pegar, brigar, falar... Não dá para atirar a pedra nessa ou naquela... Tem que haver reuniões à parte que não exponham a pessoa
O imprevisto dentro da pobreza	Não tem fralda descartável? Usa de pano!
A mudança na mãe vai acontecer	...vai chegar uma hora que ela vai mudar...
A reunião educativa	Tem que fazer reunião para essas mães! Precisa de educação
O amor ao filho em primeiro lugar	Tem que amar o filho em primeiro lugar
Dar amor e não dar violência	Tem que dar muito amor, não ficar brigando, dar tapas, espancar, por causa de problemas de fora... Não adianta nada castigar, jovens às vezes são rebeldes mesmo.. Surra não dá jeito..
Assistência médica	Levava para o médico para tratar
Cuidados	Dando atenção, cuidados.
Tratamento psicológico	Acompanhamento psicológico
Procurar avós	Procurar avós
Conversa	Questão de conversa
Necessidade de projetos sociais	Precisa ter mais projetos sociais
Dar limites	Tem que ter limite
Tem que querer ser ajudada	Se ela não quer ser ajudada...
Terapêutica barata	Vaselina líquida é barato, pode ser usada na pele contra as assaduras
A creche pode entender, não é responsável pelo problema	A creche não é responsável. A creche pode entender.

O conteúdo do recorte dos discursos dos responsáveis referentes à terapêutica do caso de Chiquinho presentes no quadro dois aponta para algumas questões distintas.

Um primeiro grupo sugere o apoio à mãe através do acolhimento, do cuidado, sem fofoca ou crítica, através da conversa, com amor e com carinho (“*A gente tem que entender... Tem que ajudar... Tem que fazer acompanhamento... Não deve fazer fofoca, falar de uma para outra, a criança é que sai prejudicada, quem não tem nada com isso... Não adianta criticar... Não adianta a gente pegar, brigar, falar... Não dá para atirar a pedra nessa ou naquela... Tem que haver reuniões à parte que não exponham a pessoa... São problemas profundos demais para serem curados, mas não para serem cuidados (Vasconcelos, 1999). Também se aponta para o apoio à criança através da higiene, dando amor e não violência (“*Tem que dar carinho... Filho precisa de carinho... Tem tantas formas de se fazer higiene!... Tem que amar o filho em primeiro lugar... Tem que dar muito amor, não ficar brigando, dar tapas, espancar, por causa de problemas de fora...*”). A*

sugestão de que existem muitas formas de fazer higiene, improvisando dentro da pobreza (*“Não tem fralda descartável? Usa de pano!”*) também é uma forma de apoio ‘a essa mãe.

Outro grupo é aquele que aponta para alguns tipos de apoios coletivos, sejam eles institucionais - assistência médica, tratamento psicológico - ou não institucionais - projetos sociais e educação (informação) à mãe. A assistência é direito estrutural, por questão de democracia e cidadania, a grupos populacionais que não se auto sustentam, sendo a forma concreta de realizar o direito à sobrevivência (Demo, 1996).

Este grupo de responsáveis reconhece a ineficiência do assistencialismo (*“Não pode simplesmente dar, senão se acomodam”*). Segundo Demo (1996), o assistencialismo cultiva o problema social sob a aparência de ajuda, humilhando a pessoa que recebe benefícios e é uma estratégia de manutenção das desigualdades sociais, enquanto a assistência corresponde a um direito humano. Freire (2002), em seu primeiro livro *“Educação e atualidade brasileira”*¹⁵ escreve sobre o assistencialismo e afirma quando este está associado diretamente à idéia de responsabilidade. Para este autor, promovendo assistencialismo temos um homem sem responsabilidades, sem decisão, apenas gestos que revelam passividade e “domesticação”. É exatamente isto que é percebido por este sujeito coletivo. O assistencialismo pode ser comparado ao centralismo, à anti-dialogação, ao autoritarismo como exemplos de manifestações da inexperiência democrática.

Como fazer que mães como as de Chiquinho freqüentem as oficinas educativas? Esta pergunta foi lançada e a resposta foi rígida, mas traduz uma solução (*“Se não vem, as crianças não vão participar da creche... Tem que ter limite”*). Penso que podemos entender a identificação e ação com os opressores, porém podemos reduzir esta análise a apenas isso? Ou será que é desta forma, com limites precisos, que as pessoas tem conseguido resultados nas suas experiências familiares educativas? É uma sugestão de medida punitiva que poderia ser interpretada como uma atitude de desamor, sentimento oposto à

¹⁵ A 1ª edição deste trabalho foi escrito em 1959 como “Tese de Concurso para a Cadeira de História e Filosofia da Educação na Escola de Belas-artes de Pernambuco” editado em Recife, PE.

solidariedade e acolhimento anteriormente demonstrado. Entretanto, muitas vezes o ato de impor limites é mais uma demonstração de carinho e amor.

Uma das soluções apontadas sugeria que se procurasse a avó (*“Tem que procurar as avós”*). As avós são reconhecidas, principalmente pelas outras avós como portadoras de uma capacidade a mais ou diferente para a resolução do problema. *“Se o convívio com as crianças anima a vida dos velhos como uma aragem matinal, também o relacionamento com os idosos cria perspectivas inusitadas para as crianças”* (Oliveira, 1999:20). Para este autor a coexistência de gerações de avós e netos implica em interação e modificação recíproca.

Finalizando há o discurso da esperança *“A mudança na mãe vai acontecer... vai chegar uma hora que ela vai mudar...”*. Apesar de todas as críticas se mantém a esperança de que esta mãe possa mudar. Novamente, identifica-se a expectativa no indivíduo, como se este fosse o único ou maior responsável e como se só dependesse dele a transformação.

IV.V - OFICINA COM AS EDUCADORAS DA CRECHE COMUNITÁRIA “TIA SONIA CRISPINIANO” (novembro/2003)

Fazia muito calor, cedo o sol estava com todo seu poder e as pessoas foram chegando aos poucos. A vista lá de cima é espetacular, estamos em Copacabana, a princesinha do mar, ou numa favela? Acho que está é uma questão difícil até para o pessoal da própria comunidade. Nas consultas muitas vezes ouvimos dizer que vão a Copacabana como se estivessem se referindo a um outro bairro, diferente daquele onde está o Morro dos Cabritos.

Era muito cedo (7h), porém os rapazes que ficam na porta da creche vendendo e consumindo drogas já estavam muito agitados, falavam e riam muito alto, fazendo um verdadeiro alvoroço no local. Soubemos mais tarde que haviam retornado muito recentemente ao “ponto”, após terem ficado recolhidos por um tempo, após ameaça explícita de “ou eles ou a creche” e que o rapaz considerado o “chefe” do grupo falou que

se tivesse um filho ele não gostaria que freqüentasse essa creche para não ter que passar por pessoas armadas vendendo droga.

As “meninas” foram chegando aos poucos e pelo que pude perceber durante este período de observação e interação com a creche e suas profissionais, existe afetividade entre as pessoas que trabalham no local, desde a coordenação até a cozinha. As decisões costumam serem tomadas coletivamente assim como a confecção de circulares ou material pedagógico. Como rotina, há uma reunião semanal administrativa e uma reunião geral mensal que pretende ser um meio de dar uma formação continuada às recriadoras, quando são convidadas pessoas de diversas áreas da educação e da saúde e de 8-14h participam de palestras, oficinas, etc... É no horário dessas reuniões que acontecem nossas oficinas com o grupo de profissionais da creche.

Estavam presentes 35 educadoras entre recriadoras, cozinheiras e coordenadora. Ficaram ausentes as duas pessoas do serviço geral de limpeza que normalmente chegam à creche mais tarde. A oficina começou pontualmente às 7:30h. Ao todo éramos 37 pessoas, já que estavam presentes duas facilitadoras incluindo aí a pesquisadora.

Optou-se por repetir a metodologia de sensibilização e problematização realizada na oficina com os pais no sentido de investigar, em outro momento, as possíveis congruências e divergências dos resultados.

O caso clínico do Chiquinho foi apresentado e as perguntas já conhecidas foram respondidas no grupão, em círculo. Acreditamos que não tínhamos tempo para pequenos grupos e não poderíamos correr o risco de perder material de discussão. Havia um receio de que num grupão houvesse conversas paralelas e que ficasse muito difícil o registro de todos os discursos, comentários, idéias, opiniões. Entretanto, a disciplina solicitada nas falas frente ao gravador foi seguida sem qualquer necessidade de intervenção. O gravador seguia de mãos em mãos até quem queria manifestar sua idéia e todas as demais permaneciam em silêncio, escutando.

As narrativas seguintes são produto do registro escrito e da transcrição do material apresentado mais uma vez no método do DSC, como uma forma de resgatar o discurso como signo de conhecimentos dos próprios discursos.

As educadoras, conhecidas no local e na própria creche como recriadoras, na sua totalidade, moram na própria comunidade e são pessoas que não receberam qualquer tipo de formação prévia para fazer o trabalho que realizam com as crianças. Delas foi-lhes exigido o segundo grau, enquanto as auxiliares só precisam ter o primeiro grau. A maioria é jovem e chega com a bagagem e experiência da maternidade pessoal, aprendida no dia a dia da comunidade. Entretanto deve ser reconhecida a intenção, a vontade e as buscas feitas no dia a dia para uma melhor qualificação.

QUAL O PROBLEMA DE SAÚDE DE CHIQUINHO?

No quadro três chama a atenção o aumento do tamanho das falas em relação à dos responsáveis. Acredito poder atribuir este fato a duas razões diferentes, mas que podem se complementar: as educadoras embora residentes da comunidade e ao contrário das mães que falaram muito de histórias pessoais (suprimidas por questões metodológicas e éticas), estavam imbuídas do papel institucional o qual representavam e se detiveram no caso em si; além disso, no dia da oficina dos pais, crianças brincavam do lado de fora do local, onde estávamos reunidas, fazendo barulho, o que dificultou a transcrição das fitas.

Assim como nos discursos dos responsáveis, o conteúdo dos discursos das educadoras de creche permite a identificação de alguns grupos de determinantes.

Quadro 3- Síntese do conteúdo dos discursos das educadoras de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES -CHAVE
Falta de higiene da mãe	Falta de higiene, a roupa vai para casa suja...Há falta de higiene... Tem gente que trabalha, estuda tem filho, tem cachorro, tudo mais e dá conta; vai dando um jeitinho e consegue; acho que tudo isso é sujeira mesmo, relaxada, porca
Dificuldade de a mãe dar conta de tudo/ estar sobrecarregada	Há muita dificuldade da mãe dar conta de tudo... Até o segundo ano de vida era bem cuidado, com outros filhos o problema fica muito grande; não que justifique, mas... ela deve estar nervosa, atribulada, tantos filhos e agora grávida! A mãe está sobrecarregada com uma gravidez e começou a não dar muita atenção à essa criança e deixou todos os detalhes tomar conta da vida e da mente dela... a mãe não teria percebido que essa doença estava dentro da família por que ela estava muito sobrecarregada; ela além de ter muitos filhos....
Por causa da situação financeira	Pela situação financeira da mãe isso está acontecendo... ; a miséria também ajuda a situação muitas vezes, a criança não foi sempre maltratada... por falta de dinheiro
Por provável problema psicológico da mãe/	Pode ter tido problema psicológico com o primeiro filho, filhos de pais diferentes, parceiros diferentes... ela não está com condições psicológicas de cuidar dessa criança sozinha...
Por instabilidade da família	Vários relacionamentos não é vida estável, é vida “rotativa”, também pode trazer um monte de problemas para ela...
Por descuido da mãe	A mãe não pode esquecer do filho, ela tem que fazer de tudo para cuidar do filho; ela pode pedir ajuda a outros lugares para comprar sabão, sabonete; agora deixar o filho com roupas imundas, sujas... Sobrecarregada que não desse para cuidar da roupa da criança? Deixasse cachaça na roupa, essa coisa toda? Isso não justifica! Acho que bebe e isso tudo tem influência, mas deixar o filho de lado...
Por falta de conscientização da mãe	H á uma falta de conscientização da mãe mesmo... O problema é a mãe, a consequência vai prá criança...
Por falta de Deus no coração	Quando a pessoa não tem estímulo parar cuidar do filho, falta Deus no coração, é isso!
Por falta de uma família organizada	Cada filho com homem diferente, isso é coisa de família que foi passando... A família não ajuda

	e isso acarreta muito problema; sem família a pessoa não cresce; a pessoa quer ter filho antes de tudo, antes de se formar como pessoa, isso a família é que dá, a família bem organizada ajuda muito, deve estar acontecendo algum problema agora que deixando a criança de lado... O piolho é uma coisa que está no mundo em geral e deve estar em toda a família. ; quando ele chegou a esta família ela já estava tomada de vários detalhes, muita coisa acontecendo até chegar a ponto do piolho...
Por falta de responsabilidade da mãe	Nenhuma criança pede para vir ao mundo, desde o momento que você põe no mundo deve arcar com a responsabilidade...
Por causa do alcoolismo	Ela é dependente (álcool), não está no seu estado normal, não tem como cuidar; ninguém com álcool no sangue e no seu organismo pode cuidar do seu filho direito, trabalhar direito ou cuidar da sua casa direito; não encontram saídas aí entram no vício, depois que entram no vício acabam... ela além de ter muitos filhos, deve ser dependente de álcool... o relaxamento por causa do álcool e da dependência dela..
Por falta de emprego	Falta de emprego
Por depressão	Será que ela não está com depressão? Muitas coisas que atordoando a mente dessa mulher e vendo acontecer isso com os filhos...
Ela não está assim porque quer	Na percepção que ninguém está assim porque quer, que todos queremos ser felizes...

A primeira e mais importante conclusão que pode-se ter após os discursos das educadoras sobre diagnóstico e terapêutica é que a inexistente qualificação delas, no exercício da educação das crianças na creche, apontada anteriormente é falsa. Suas falas são de quem compreende a complexidade do problema de Chiquinho e de quem sabe apontar soluções viáveis e muito solidárias: *precisamos agir; nossa formação tem limite; precisamos da ajuda de atores externos; é importante que a ação seja construída coletivamente; é preciso que a ação seja articulada com outras instituições sociais; ação educativas com os pais faz parte deste plano de ação.*

O primeiro conjunto de discursos, também presente nos conteúdos de discursos dos responsáveis, é o da determinação individual do problema. A mãe de Chiquinho tem responsabilidade, assim como a família. Inicialmente fala-se de qual é o papel de mãe e responsável: “*Nenhuma criança pede para vir ao mundo, desde o momento que você põe*

no mundo deve arcar com a responsabilidade... A mãe não pode esquecer do filho, ela tem que fazer de tudo para cuidar do filho”. Entretanto a mãe de Chiquinho parece não ter cumprido seu papel: “Há muita dificuldade da mãe dar conta de tudo; Deixar cachaça na roupa, essa coisa toda! Falta de higiene, a roupa vai para casa suja... Acho que tudo isso é sujeira mesmo, relaxada, porca... O piolho é uma coisa que está no mundo em geral e deve estar em toda a família. O problema é a mãe, a consequência vai pra criança...”.

Há uma tendência a justificar as faltas da mãe de Chiquinho através das características da sua própria vida (“... Até o segundo ano de vida era bem cuidado, com outros filhos o problema fica muito grande; não que justifique, mas... a mãe não teria percebido que essa doença estava dentro da família porque ela estava muito sobrecarregada”). Outras falas refletem uma não aceitação dessa justificativa: “Sobrecarregada que não desse para cuidar da roupa da criança? Isso não justifica! Tem gente que trabalha estuda, tem filho, tem cachorro, tudo mais e dá conta... Agora deixar o filho com as roupas imundas, sujas!”.

Um último determinante individual está no nível da alteração psicológica, na depressão: “Pode ter tido problema psicológico com o primeiro filho. Será que ela não está com depressão? Ela não está com condições psicológicas de cuidar dessa criança sozinha...”. Aponta-se ainda para a falta de conscientização da mãe e a idéia de que isso não está acontecendo porque ela assim o quer: “Na percepção que ninguém está assim porque quer, que todos queremos ser felizes...”.

O segundo grupo de determinantes, também presente no conteúdo dos discursos dos pais está localizado nas questões coletivas, sociais e econômicas: o alcoolismo (“Ninguém com álcool no sangue e no seu organismo pode cuidar do seu filho direito, trabalha direito ou cuidar de sua casa direito”), a miséria (“Se tivesse condições de sobreexistir... a família não chegaria a esse ponto”) e o desemprego.

O terceiro grupo de determinantes está na ordem da religiosidade, da falta de Deus (“Quando a pessoa não tem estímulo parar cuidar do filho, falta Deus no coração, é

isso!”). A solidariedade e a sensação de estar sendo cuidado ou protegido é uma das razões apontadas por Valla (2001) do grande crescimento das igrejas evangélicas onde as pessoas estariam buscando segurança e redes solidárias no meio de um cotidiano cheio de inseguranças, violências e incertezas.

**QUE SOLUÇÕES PODERÍAMOS PENSAR PARA
RESOLVER O PROBLEMA?**

Quadro 4- Síntese do conteúdo dos discursos das educadoras de creche sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre a terapêutica

IDÉIA CENTRAL	EXPRESSÕES -CHAVE
Através de uma instituição de caridade	Deveria ser ajudada por uma instituição de caridade, alguma pessoa que pudesse resolver o problema da família poderia ajudá-la... Quando essa família começou a se deteriorar poderia ter encontrado ajuda dentro do sistema (instituições de caridade)
Por médicos, psicólogos para a mãe	A creche deveria ter psicólogo, médico... a mãe tem que ser cuidada, não adianta cuidar da criança se a mãe está descuidada ... como educadoras de sala de aula falta conhecimento; temos que ter orientação de psicólogos e assistência social; nós queremos a resposta do psicólogo e difícil pra gente dar essa orientação tipo de assistência; A mãe tem que ser encaminhada para um psicólogo
Através da creche/seus profissionais	Ela já deu o primeiro passo, colocou o filho na creche... todos nós temos que ajudar... agora a responsabilidade é de todos e não só da mãe... as “tias” junto a direção da creche deveriam buscar um sistema para ajudar a mãe e a família... Nós temos que ajudar sim, para isso temos formação de educadoras... A criança está na creche aqui com as educadoras, a gente enxergando o problema que está dentro de casa, com isso a gente chega à direção e conversa, chama a mãe para apresentar o caso da criança e aí nós estaremos fazendo mais ou menos o tipo de órgão que a gente deve encaminhar, alguma instituição,

	alguma ONG, etc...; aí vamos explicar ela não enxergando o que fazendo, ela foi uma boa mãe até os dois anos... aí sim a creche entra fala com os familiares e vê como vai resolver o problema... Necessidade de se formar um grupo que possa fazer esse trabalho, que possa ser amigo dessas pessoas; temos família que precisamos levantar... quem sabe uma equipe, daquela que tem mais disponibilidade, mais sensibilidade para casos como esse, ou tem mais tempo, ou se envolvem mais
Cuidando da mãe	Se cuidar da mãe, chamar a mãe para a responsabilidade não terá conseqüências na criança... tudo mais para ajudar essa mãe;, gente!, ela está com problemas! A mãe dele tem que ser tratada, tratar do alcoolismo, para ser curada
Através do sistema	Quando essa família começou a se deteriorar poderia ter encontrado ajuda dentro do sistema (associação de moradores, governadores). Se tivesse condições de sobreviver...A família não chegaria a esse ponto...Tem o posto, tem vários outros lugares
Através de uma igreja	A mãe tem que ser encaminhada para uma igreja,
Pelo acolhimento sem críticas/ da pessoa como ela é	Só criticar não adianta... em primeiro lugar a pessoa tem que ser acolhida do jeito que ela é, ser amada sem críticas, ser entendida para ela mover os braços e sair dessa situação... A chave está no verdadeiro acolhimento, da pessoa como ela é... tem que ver pelo lado do afeto... o diálogo é bem melhor, dá um alívio no coração de quem vivendo o problema
Depende da vontade dela	Ela tem que primeiro querer, se ela quiser... A ajuda não é só pedida com palavras, às vezes se mostra com atitudes, a atitude de estar deixando os filhos é uma forma de pedir ajuda, quando bebendo ela deve estar esquecendo os problemas, pedindo ajuda errada...
Através de uma pessoa que conheça a mãe e que mostre a derrota de sua vida	Tem que ser uma pessoa que conheça ela, que mostre como está a vida dela, que ela está se derrotando, que ela indo para o fundo do poço, ela vai parar e pensar: quero sair disso, você pode me ajudar? Aí sim!
Através de atividade educativa	Essa mesma reunião deveria ser feita com os pais presentes, palestras, sem identificar as pessoas de uma forma geral, de repente vai

	refletir e pedir ajuda
Trabalhando com toda a família	A mãe dela também tem que ter essa responsabilidade, tem que trabalhar com toda a família
Através de responsabilidade social	Temos responsabilidade social como seres humanos
Através do planejamento/continuidade	Precisam de um acompanhamento... Como dar uma continuidade nisso? tem que ter esse acompanhamento...e aí que entra o planejamento que se falou..

No quadro quatro aponta-se para dois grupos de soluções também presentes nos discursos dos responsáveis.

O primeiro grupo propõe o apoio à mãe, compreendendo que esta situação é um pedido de ajuda (*“A ajuda não é só pedida com palavras, às vezes se mostra com atitudes, a atitude de estar deixando os filhos é uma forma de pedir ajuda..”*). Sem este apoio à mãe o cuidado com a criança seria em vão (*“A mãe tem que ser cuidada, não adianta cuidar da criança se a mãe está descuidada..”*). Um apoio através de uma pessoa que a conheça e que mostre a derrota de sua vida, através do cuidado, sendo capaz de acolher esta mãe sem críticas, aceitando-a do jeito que ela é.

Há uma tendência a condicionar este apoio à vontade da mãe (*“... ela vai parar e pensar: quero sair disso, você pode me ajudar?.. Ela tem que primeiro querer, se ela quiser...”*). Propõe-se ainda uma estratégia para este apoio que estimularia a auto estima da mãe, solicitando a sua ajuda (*“Acho que essa mãe está precisando disso alguém que chegue e diga: estou precisando de você, eu quero que você me ajude e trazer ela pra cá”*).

Aponta-se ainda para a necessidade de trabalhar não só com a mãe, mas sim com toda a família (*“A mãe dela também tem que ter essa responsabilidade tem que trabalhar com toda a família”*)..

As mulheres, gênero predominante nas duas oficinas realizadas, como cuidadoras que são, por natureza (ou cultura?) percebem que deve haver o conhecimento das necessidades

peçoais quando se fala em “cuidar de”. Não há uma maneira, receita simples de generalizar e deduzir a partir da própria experiência, o que o outro necessita.

O segundo grupo de soluções contido no conteúdo dos discursos das educadoras está no apoio de âmbito coletivo e não mais no individual (“... *Todos nós temos que ajudar... agora a responsabilidade é de todos e não só da mãe*”). Através da creche e seus profissionais, dos serviços de saúde e seus profissionais, de atividades educativas, do sistema (políticos e organizações sociais), uma instituição de caridade e da igreja.

As representantes da instituição creche neste momento fortalecem o papel da creche na solução do problema. É interessante observar a fala que traduz uma identidade específica destas pessoas que aqui não são apenas mães e vizinhas da mesma comunidade: “*Aí nós estaremos fazendo mais ou menos o tipo de órgão que a gente deve encaminhar, alguma instituição, alguma ONG*”. É estar em outra posição que também se identifica com a função de educadora ou recreadora (“*As tias junto a direção da creche deveriam buscar um sistema para ajudar a mãe e a família... Nós temos que ajudar sim, para isso temos formação de educadoras...*”). Entretanto fica claro o reconhecimento dos limites da formação das educadoras e a expectativa nos profissionais de saúde, médicos, psicólogos (“*Como educadoras de sala de aula falta de conhecimento; temos que ter orientação de psicólogos e assistência social; nós queremos a resposta do psicólogo; é difícil pra gente dar essa orientação tipo de assistência*”). A forma de trabalho coletiva é valorizada e proposta: “... *necessidade de se formar um grupo que possa fazer esse trabalho, que possa ser amigo dessas pessoas; temos família que precisamos levantar... quem sabe uma equipe, daquela que tem mais disponibilidade, mais sensibilidade para casos como esse*”, assim como o trabalho contínuo e com planejamento.

Como para os responsáveis das crianças, as educadoras também creditam à assistência médica, psicológica e educacional a responsabilidade na condução da solução (“*A creche deveria ter psicólogo, médico... Tem o posto... A mãe tem que ser encaminhada para um psicólogo...*”).

A ineficiência do assistencialismo apontada pelas responsáveis na oficina anteriormente apresentada aqui aparece como uma expectativa numa instituição de caridade (*“Deveria ser ajudada por uma instituição de caridade, alguma pessoa que pudesse resolver o problema da família poderia ajudá-la...”*), revelando as contradições próprias de um grupo social.

Na fala das educadoras apareceu mais uma vez a educação como transmissão de informações através de palestras, etc., agora referida à oficina realizada (*“Essa mesma reunião deveria ser feita com os pais presentes, palestras”*).

IV.VI - OFICINA COM OS MÉDICOS DA ONG HAPS (novembro/2003)

Este tipo de oficina foi inaugurado com a realização da pesquisa. Já havíamos feito reuniões anteriormente sobre educação popular, mas nunca nos havíamos debruçado sobre um instrumento comum àquele utilizado com a comunidade, caso clínico coletivo. A dificuldade se expressou desde o início como se pode observar com a pergunta formulada Para mim, talvez tenha sido a oficina mais difícil de observar e analisar, pois deveria exercitar a isenção, o distanciamento necessário para os fins do trabalho. Além de sistematizar e atuar nas práticas de EPS, trabalho como médica atendente na ONG, o que me coloca também como igual aos profissionais desta oficina.

Nos reunimos numa pequena sala e estavam presentes cinco médicos e a pesquisadora. Os voluntários (no momento oito pessoas) foram convidados, mas não puderam estar presentes assim como a socióloga voluntária que trabalha no núcleo de saúde comunitária e nas oficinas de educação popular.

Alguém leu o caso, ligamos o gravador e as respostas são apresentadas a seguir.

“Como vocês, médicos homeopatas desta instituição, vêem a situação desta criança e como situam a possibilidade de soluções para a mesma?”

Embora esta pergunta não seja tão diferente da que foi formulada as educadoras e aos responsáveis, coloca uma abrangência institucional que como pode ser visto a seguir ajuda a ampliar e diversificar o conteúdo dos discursos.

QUAL O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO CHIQUINHO?

Quadro 5- Síntese do conteúdo dos discursos dos médicos da ONG HAPS sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre o diagnóstico

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVE
Estado de abandono/descuido/postergação	Um certo status de abandono, de postergação de atenção, de cuidados, dados às condições que a criança chega à creche, a família e com respeito a ele vem sendo deixado em segundo plano
Problemática de vida da sobrevivência	...é provável que essa mãe esteja tão envolvida com a problemática de vida que o cuidado com os filhos seja coisa secundária, envolvida com uma problemática de vida da sobrevivência que pode não estar envolvida com o cuidado dos filhos, e quanto às crianças possam representar parte da problemática que ela não queira lidar;
Características da criança/ individualidade	O lado da criança de ser medrosa, assustada, ser recolhida, necessitada de atenção de carinho... primeiro a questão da individualização, ou seja dentro deste contexto esta criança sofre e dessa maneira específica e precisa de cuidados específicos... mas apontar isso como um exemplo da individualização...a doença como expressão individual...não acho que esses dados sejam compulsórios do estado de abandono não; eu acho que essa criança poderia ter um comportamento diferente, não precisaria ser especificamente assustado, medroso, recolhido a um canto, acredito isso revela um pouco dele...afinal das contas o tempo todo quando adoecemos os fatores externos vão desencadear aspectos específicos mas individuais e embora seja uma criança num estado de abandono, desproteção total, vai despertar um estado individual que numa outra situação já existe em potencial, sempre o que vai aparecer vai ser da própria criança, os sintomas vão ser sempre daquela individualidade que foi agredida por algum fator externo, os sintomas que aparecerem serão sempre daquela individualidade presente...tem um passo que passa pela individualidade, a homeopatia vive disso... Acho importante essa diferenciação dos casos, piolho não é todo igual, sarna não é todo igual, tem a sarna naquele contexto, a sarna e o piolho naquela

	criança e isso é fundamental;
Expressão do sofrimento da criança	Retomando a questão de apontar para a expressão do sofrimento da criança, talvez seja uma situação que a mãe pode dizer que não é pelos cuidados já que o outro não está assim...tentar nessa questão apontar o sofrimento como o da individualidade mesmo, no sentido do sofrimento, ela está sofrendo mais do que os outros... Acho que é válido o ressaltar do sofrimento; eu trato todo mundo igual, mas será que as pessoas sendo diferentes não requerem cuidados diferentes? Não privilegio ninguém...mas, apontar para que talvez esse precise mais mesmo...as pessoas são diferentes, precisa mais mesmo e apontar isso com um dado da doença, o sofrimento..
Estado de carência extrema	O estado que se encontra é muito extremo, o estado de carência...
Psora ¹⁶	...a imagem construída desta criança para mim é a imagem típica da psora e de tudo que está no entorno provocando a psora...é como ele está, é uma descrição psórica, não dá para saber que psora é... a noção de que isso é a representação de um quadro psórico de sofrimento...
Obstáculos à cura	O entorno é o que Hahnemann define de obstáculos à cura
Comprometimento da Vitalidade	Uma criança acometida de sarna de uma maneira geral como essa, tem um comprometimento da vitalidade que permite isso enquanto o irmão tem uma vitalidade que não permite que a infecção tome conta dele dessa forma
Problema social	Não podemos devolver a criança para a casa sem que a casa se modifique, se existe um problema social evidente...
A ONG não trata de todas as crianças da creche/comunidade...	A gente não pode perder de vista que a gente não trata de todas crianças, uma minoria e isso talvez faça parte do problema que a gente tem...
As condições de contaminação não são absolutas	Essas condições de contaminação não são tão absolutas, uma prova disso é o irmão, dorme na mesma cama e não tem piolho...existem outros fatores que não só o contato que influem na manifestação da enfermidade...a segunda coisa é mostrar à coletividade a relatividade do conceito de contágio

A primeira observação que se pode fazer é sobre o tamanho dos discursos. Na realidade há um aumento progressivo dos mesmos desde os responsáveis até estes dos médicos.

¹⁶Segundo Hahnemann (1979), psora é a causa fundamental e real de todas as outras inúmeras formas de enfermidades que compõem a nosografia médica, desde a histeria, úlceras, câncer até as dores de todas as classes. Representa o estado de suscetibilidade individual que predispõe o organismo a fenômenos patológicos específicos, particulares daquele indivíduo.

Existe uma discussão sobre a homeopatia na qual se questiona o fato desta ser ou não ciência. Este trabalho não pretende levantá-la, porém pode-se observar nos conteúdos dos discursos dos médicos um conjunto de códigos restritos pertencentes a um esquema teórico pré-admitido através dos quais se processa uma leitura da realidade, dados característicos da ciência (Fourez, 1995).

Os discursos dos médicos da ONG HAPS apontam para questões anteriormente encontradas nos responsáveis e educadoras, trazendo à tona o conjunto da teoria homeopática que aqui as sustenta.

Inicialmente, constituindo o grupo das questões individuais, estão a individualidade, a psora, o sofrimento e o comprometimento da vitalidade. É importante ressaltar a importância dada ao conceito de individualidade: “.. *tem um passo que passa pela individualidade, a homeopatia vive disso*”. Segundo Rosenbaum (2000), dentro da episteme homeopática o individual pode ser visto como método, como centro da razão terapêutica. Observa-se uma concepção de individualidade que por momentos se desvincula das experiências de vida (“*Estes dados do Chiquinho não necessariamente são compulsórios do estado de abandono...o tempo todo quando adoecemos os fatores externos vão desencadear aspectos específicos, mas individuais e embora seja uma criança num estado de abandono, desproteção total, vai despertar um estado individual que numa outra situação já existe em potencial, sempre o que vai aparecer vai ser da própria criança..*”).

A psora como já foi definida é um conceito estritamente ligado ao aspecto individual. É a suscetibilidade individual da manifestação de fenômenos associados às alterações de saúde. Chiquinho representa a imagem viva da psora na medida que todas as suas manifestações traduzem sensibilidade. O comprometimento da vitalidade acompanha o mesmo raciocínio (“... *tem um comprometimento da vitalidade que permite isso enquanto o irmão tem uma vitalidade que não permite que a infecção tome conta dele dessa forma...*”).

Como consequência da exposição do princípio homeopático da individualidade outro discurso relativo ao entendimento do diagnóstico do problema de Chiquinho foi trazido e

traduz o conceito de que as condições de contaminação não são absolutas: “*essas condições de contaminação não são tão absolutas, uma prova disso é o irmão, dorme na mesma cama e não tem piolho...Existem outros fatores que não só o contato que influem na manifestação da enfermidade...A segunda coisa é mostrar à coletividade a relatividade do conceito de contágio*”. Partindo do princípio que o conceito de suscetibilidade individual é básico como determinante do processo da doença, desde a sua instalação, expressão sintomatológica, até o seu tratamento o contágio tem valor relativo dentro desta racionalidade.

A constatação do abandono, do descuido da criança vem neste conjunto de discursos imediatamente justificada na luta pela sobrevivência (“... *ele vem sendo deixado em segundo plano...é provável que essa mãe esteja tão envolvida com a problemática de vida que o cuidado com os filhos seja coisa secundária, envolvida com uma problemática de vida da sobrevivência que pode não estar envolvida com o cuidado dos filhos*”), no problema social da família (“*O estado que se encontra é muito extremo, o estado de carência..*”). São os obstáculos à cura definidos por Hahnemann, que segundo ele deveriam ser removidos. Não explica como isso deveria acontecer.

EM FUNÇÃO DO DIAGNÓSTICO FEITO QUE SOLUÇÕES PODEM SER PENSADAS NESTE CASO?

Quadro 6- Síntese do conteúdo dos discursos dos médicos da ONG HAPS sobre o caso clínico - idéias centrais e expressões-chave sobre a terapêutica

IDÉIAS CENTRAIS	EXPRESSÕES-CHAVE
Limitação da ação medicamentosa	... só tentando tomar uma conduta homeopática, de medicamento é impossível dar conta disto aqui... ; não dá pra pensar só em termos de assistência individual, tem que pensar do ponto de vista da intervenção coletiva e não só do ponto de vista individual, médica...
Dando apoio à família	...dar o apoio a esta família é fundamental... Isso talvez seja mais importante que o medicamento propriamente dito porque do jeito que está, é meio chocante isso aqui..., ela vai ter isso de novo ou qualquer outra coisa pior porque ela está totalmente

	ao Deus dará aí, né...
Aprimorar as informações para a prescrição homeopática	...no nosso ponto de vista faltaria uma observação mais próxima da criança, é impossível trabalhar homeopaticamente com ela sem ter outros dados..Não é suficiente..Faltaria uma observação maior da individualidade... Não tem dados da indicação que permitiria conduta homeopática propriamente dita... Procuraria aprimorar umas particularidades mais genéricas, do funcionamento dele e conversaria mais com a “crecheira” –estes dados podem ser valiosos mesmo, estas tem observação importante-, se não tivesse mais dados ficaria com esses mesmos... A limitação de dados não impede a prescrição; não há motivo para que a gente não interfira com medicamentos, nem que seja um antipsóricico...
A transmissão de um conhecimento médico diferente	A gente como homeopata tem condição de fazer algo além de dar o remédio, expor a quem fica com a criança de que isso não é só uma infecção, essa noção não existe, a noção de que isso é a representação de um quadro psóricico de sofrimento a exteriorização, a expressão de um sofrimento que vai muito além da pele isso não como compreensão não existe, o entendimento de um quadro psóricico não existe; podemos passar como informação como melhoria para a criança;
Informação que esteja ligada à prática	Dar informações é importante, mas não pode ser só uma coisa teórica; a partir da informação tem que estimular algum tipo de conduta, mudança, algum tipo de conduta de cuidado, só informação não é suficiente tem que buscar coisas práticas que organizem essa rotina que está super caótica...
Educação contra hegemônica de forma contínua	É uma coisa contínua, tem que ser passado o tempo todo pois mesmo que se perceba pela cultura dominante com o tempo acaba assumindo uma observação diferente.. tem que em todas as brechinhas ficar repetindo...porque se não esquece mesmo
Remédio homeopático para acabar com o sofrimento	De um certo modo a doença acaba sendo falada apenas do ponto de vista do contágio e minimizando esse outro lado do sofrimento e o remédio vem como uma coisa muito boa para acabar com isso
Atividades educativas de apoio	Com ação individual seria impossível, tanto do médico quanto à criança não pode ser por aí com certeza, tem que ter outras atividades, educativas de apoio, muitas outras coisas...
Tratar como uma epidemia	Difícil pensar em alguma atitude que seja coletiva, senão o que se fez até hoje, buscar o gênio epidêmico ¹⁷ , tratar homeopaticamente como se fosse uma epidemia mesmo numa coletividade restrita... pensar ações tipo gênio epidêmico... e coletivamente homeopaticamente, gênio epidêmico, sintomas gerais, enfim outras medidas relacionadas à medicação...

¹⁷ O gênio epidêmico é uma estratégia para tratar homeopaticamente uma determinada doença que esteja afetando muitas pessoas ao mesmo tempo. Observando vários pacientes pode-se desenhar um quadro de sintomas e sinais que representem várias individualidades e através disso chegar a uma medicação que possa ser utilizada.

Esta é uma das poucas referências a questão do “coletivo” dentro do trabalho da homeopatia, um coletivo que é um quantitativo de individualidades.

Proposta educacional higienista	<p>...difícil pensar uma atividade coletiva educacional considerando especificamente a homeopatia, todos vão pensar numa infestação de piolho, que não tem uma ação específica com, mas não consigo pensar numa atitude educacional que não seja a clássica, cuidados, higiene, etc.. Que não tem relação específica com a homeopatia... Tem escalas de ações, uma escala tradicional, higiênica, aconselhamento dos cuidados, medidas gerais... é isso da ordem da ação epidemiológica, nas medidas de higiene, limpeza, cuidados, separar coisas, limpa, lava, esteriliza, ferve, passa, essas coisas mais tradicionais, educação com os familiares, chamar pessoas para falar.... Ações educativas dentro da abordagem tradicional concordante com o senso comum...</p>
Estratégias para enfrentar crises	<p>As ações não são excludentes, podemos ter as ações do ponto de vista do esclarecimento e paralelamente as ações sanitárias, agora o que nós como homeopatas, como ONG, teríamos que fazer é basicamente afinar o discurso, ou seja, estabelecer estratégias dentro de cada surto de doenças parecidas seja sarna, impetigo, piolho, varicela e seja lá o que for que tenha caráter contagioso, sentar e afinar o discurso... mas há uma necessidade imperiosa que cada vez que o núcleo de médicos vivencie isso sente e trace estratégias; essas estratégias podem ser as mais variadas possíveis contanto que a gente acorde sobre elas..</p>
Estratégia levando em conta o grau de gravidade das crianças	<p>...como possível estratégia para atuar do ponto de vista homeopático, pode-se pensar numa avaliação das crianças que estão com esse quadro, número de crianças, gravidade, e fazer uma escala de gravidade ou seja Chiquinho o mais grave Chiquinho gravidade máxima, ele está acometido de forma global e não só de forma cutânea, ele tem uma série de acometimentos e possivelmente está mais doente por isso, ele é um quadro de urgência e aí que outras crianças estão de forma semelhante, quadro mais global e aí priorizaria o tratamento homeopático para elas e junto com as medidas gerais... como abordagem inicial essa hierarquização de gravidade, individualidade, paralelo ao tratamento geral... a hierarquização na realidade é nesse sentido de avaliar a vitalidade das crianças que estão precisando mais de um recurso interno do que externo, como as medidas gerais e nesse sentido que é importante...</p>
Permanência na creche	<p>Até que ponto essa conduta de afastá-la da creche, mesmo considerando as condições não piora a situação dela, já que lá na creche é aonde tem alguma atenção e carinho; isso não vai piorar a situação dela?...mas a homeopatia pode defender uma conduta diferente, evitar que ele não fique na creche...a gente tem como argumentar/ defender uma conduta diferente da clássica que é afastar a criança que a criança não precisa sair da creche, é melhor para a criança, família e a própria comunidade, a creche lidar com isso de outra forma que não seja afastando da creche...um destes cuidados pode ser inclusive a permanência dela na creche, e aí nesse sentido um tipo de intervenção que não seja excluir da creche...</p>
Tratamento	Garantir um tratamento que seja individualizante-homeopático

homeopático que melhore a vitalidade	- e que seja mais apto a melhorar a vitalidade da criança... Tratar homeopaticamente individualizando as crianças graves
Educação para reconhecimento do grau de gravidade das crianças	... A gente também pode atuar na parte educativa, não só com as famílias, também com a creche para que eles reconheçam então esses níveis de gravidade reconhecimento dos níveis de gravidade na educação dos pais que se está colocando e isso vai ter uma ação educativa mais longa e dentro de um grupo isso fica fácil de ser trabalhado e das pessoas começarem a perceber e aí os próprios responsáveis, e a creche mesmo pode perceber; a creche tem essa noção quanto às doenças respiratórias que são as que eles encaminham e encaminham direitinho, são aquelas que precisam mesmo; acho que neste caso eles estariam mais preparados para reconhecer os que precisam de atenção individualizada e aqueles em que só a higiene poderia resolver...Reconhecer, mas não apenas pela questão superficial, das lesões, da pele mas da saúde global, não estão acostumadas mas dá para passar...
Cuidado inclusivo e não excludente	o cuidado...Temos que apontar para a questão do cuidado, afinal as crianças estão lá para serem cuidadas e o quanto a gente pode colaborar para que esse cuidado seja inclusivo e não excludente
Resgate do ser humano	...Então de um certo modo a gente tem que estar apontando para o resgate de um ser humano que a gente está fazendo ali.. As pessoas se darem conta de que o papel que estão exercendo é muito excepcional, é além do cuidado higiênico, humano, um papel muito excepcional mesmo... Na direção de um resgate de um ser que se não estiver em algum lugar se perde, vai para o ralo, se perde, fica no menos um, entendeu?

Neste item relativo às soluções para este problema coletivo apresentado através de um caso individual, o caso Chiquinho, os médicos da ONG Homeopatia Ação pelo Semelhante apontaram para um grupo de questões relativas ao apoio à mãe e à criança e à família, resgatando o ser humano. Um tipo de cuidado inclusivo e não excludente e mantendo a criança na creche.

Considero este grupo de discursos importante, pois de alguma forma traduz o reconhecimento da limitação da ação médica tradicional, medicalizante (*“Com ação individual seria impossível, tanto do médico quanto a criança não pode ser por aí com certeza, tem que ter outras atividades, educativas de apoio, muitas outras coisas... O cuidado... Temos que apontar para a questão do cuidado, afinal as crianças estão lá para serem cuidadas e o quanto a gente pode colaborar para que esse cuidado seja inclusivo e*

não excludente....”). Situações como a de Chiquinho nos traz a percepção da incapacidade de um serviço de saúde apoiar de forma significativa situações de crise familiar sem a articulação com a vizinhança e de grupos comunitários.

A intenção de manter a criança na creche não a afastando do convívio social, que bem sabemos que é um lugar onde a criança seguramente tem com o que se alimentar traduz o olhar humanizado permitido pelo conceito relativo de contágio.

O segundo grupo de questões que o conteúdo dos discursos dos médicos sobre a terapêutica aponta está centrado em um tipo de apoio mais coletivo. Basicamente educativo com características de repasse de informações de um conhecimento médico diferente, higienista, com informações que estejam ligadas à prática e concordante em parte com o senso comum (*“ações educativas dentro da abordagem tradicional concordante com o senso comum”*). Mesmo considerando o contexto da ONG HAPS, onde desde 1999 se promovem ações educativas de educação popular as considerações a respeito das necessidades educativas parecem manter o caráter vertical e higienista das ações. A idéia de que informações são suficientes para promover mudanças comportamentais está presente (*“...dar informações é importante, mas não pode ser só uma coisa teórica; a partir da informação tem que estimular algum tipo de conduta, mudança, algum tipo de conduta de cuidado..”*). Entretanto se reconhece também este limite (*“só informação não é suficiente tem que buscar coisas práticas que organizem essa rotina que está super caótica...”*).

Há dificuldades de se considerar uma ação educativa considerando apenas a homeopatia (*“difícil pensar uma atividade coletiva educacional considerando especificamente a homeopatia, todos vão pensar numa infestação de piolho, que não tem uma ação específica com, mas não consigo pensar numa atitude educacional que não seja a clássica, cuidados, higiene, etc..”*) *Que não tem relação específica com a homeopatia... tem escalas de ações, uma escala tradicional, higiênica, aconselhamento dos cuidados, medidas gerais...* e se valoriza a transmissão de informações de uma forma contínua, repetitiva de caráter higienista. Considera-se importante estabelecer estratégias afinadas que possam ser capazes de enfrentar crises.

Pode se identificar ainda claramente a preocupação de que o conhecimento da racionalidade homeopática seja transmitido, embora se tenha a idéia de que, parte deste seja desconhecido pela população da comunidade. Isto é certamente um engano, basta olhar para as fala das educadoras e das mães/avós. (*“A gente como homeopata tem condição de fazer algo além de dar o remédio, expor a quem fica com a criança de que isso não é só uma infecção, essa noção não existe, a noção de que isso é a representação de um quadro psórico de sofrimento a exteriorização, a expressão de um sofrimento que vai muito além da pele, isso não como compreensão não existe, o entendimento de um quadro psórico não existe; é uma coisa contínua, tem que ser passado o tempo todo, pois mesmo que se perceba pela cultura dominante com o tempo acaba assumindo uma observação diferente...”*). Entretanto, não se aponta uma direção definida para a utilidade deste conhecimento que não seja a medicalização (*“a gente prioriza as crianças com maior acometimento, mostrando claramente sua individualidade aí no tratamento homeopático e tem uma melhora...”*) e a permanência da criança na creche (*“... a homeopatia pode defender uma conduta diferente, evitando que ele não fique na creche...a gente tem como argumentar/ defender uma conduta diferente da clássica que é afastar a criança ...ela não precisa sair da creche, é melhor para a criança, família e a própria comunidade, a creche lidar com isso de outra forma que não seja afastando da creche...”*).

O último grupo de discursos considerados são aqueles que apontam para ações medicalizantes. Como o grande instrumento da ação médica este grupo não poderia estar ausente, entretanto são considerados parcialmente limitados (*“só tentando tomar uma conduta homeopática, de medicamento é impossível dar conta disto aqui...; não dá pra pensar só em termos de assistência individual...”*).

Este caso clínico não foi construído objetivando o estudo de uma prescrição homeopática e sim servir de instrumento pedagógico em prática de EPS. Este fato é facilmente reconhecido pelos médicos (*“Faltaria uma observação mais próxima da criança, é impossível trabalhar homeopaticamente com ela sem ter outros dados... Não é suficiente... Faltaria uma observação maior da individualidade... Não tem dados da*

indicação que permitiria conduta homeopática propriamente dita... Procuraria aprimorar umas particularidades mais genéricas, do funcionamento dele e conversaria mais com a “crecheira”).

As ações medicalizantes tanto apontam para estratégias individuais como coletivas. (*“...difícil pensar em alguma atitude que seja coletiva, senão o que se fez até hoje, buscar o gênio epidêmico, tratar homeopaticamente como se fosse uma epidemia mesmo numa coletividade restrita... Pensar ações tipo gênio epidêmico”*).

O aspecto assinalado acima apresenta uma importância particular quando se está considerando a homeopatia no campo da saúde coletiva. É dentro da abordagem dada às epidemias que podemos encontrar talvez as únicas referências à saúde pública dentro da obra de Hahnemann (1979). Este autor considera um método para atuar nas epidemias onde recomenda a observação precisa de vários casos clínicos que apresentem a doença em questão, mapeando o conjunto de sinais e sintomas presentes. A idéia é, a partir destes dados, construir a imagem individual do coletivo buscando encontrar uma substância medicamentosa que a corresponda. Desta maneira, podemos afirmar que a imagem de saúde coletiva presente na homeopatia corresponde ao conjunto das imagens individuais.

Outra recomendação importante encontrada sobre este item é a necessidade de considerar cada epidemia como uma nova doença, avaliando que cada enfermidade é em muitos aspectos um fenômeno de caráter único. Penso que Hahnemann, embora não o tenha declarado, aqui se refere a todas as condições contextuais sejam elas sociais, culturais e políticas que de alguma forma se expressam nos indivíduos através das desordens físicas e mentais. Este aspecto é bastante interessante, pois mesmo a observação generalista da biomedicina costuma apontar para sintomas distintos entre epidemias semelhantes.

A abrangência do remédio homeopático individual considerada neste grupo aponta desde uma melhora da vitalidade (*“Garantir um tratamento que seja individualizante-homeopático - e que seja mais apto a melhorar a vitalidade da criança...”*) até uma “solução” para o sofrimento de Chiquinho (*“De um certo modo a doença acaba sendo*

falada apenas do ponto de vista do contágio e minimizando esse outro lado do sofrimento e o remédio vem como uma coisa muito boa para acabar com isso”).

IV-VII A BUSCA DE SOLUÇÕES

Paralelamente às oficinas relatadas neste trabalho, traçaram-se estratégias que resultassem em melhorias mais imediatas e que visassem melhorar o problema coletivo do piolho e a sarna. A expectativa da creche e da própria comunidade é que resultados palpáveis fossem acontecendo, não se podia esperar muito e mesmo com todos esclarecimentos dados no início do processo da colheita dos dados, a “pesquisa” teria que ser capaz de se revelar produtiva. Já na oficina com as mães realizamos um trabalho de confecção de sabonete de enxofre, no sentido da creche e das mães disporem de um meio barato, artesanal, de aliviar o prurido e as conseqüências deste. Logo depois, antes da oficina com as educadoras tivemos mais uma oficina com as mães e avós onde trabalhamos uma receita local e fitoterápica de uma loção piolhida a base de agrião e água tônica. Nessa ocasião algumas mães/avós se ofereceram espontaneamente para testar a loção nas suas crianças, que segundo avaliação posterior apresentou bons resultados, embora houvesse alguma reclamação sobre ter deixado o cabelo das crianças seco.

Além desta atividade, nesta mesma oficina, fizemos uma discussão sobre os conceitos de diagnóstico e terapêutica, exercitando-os através de trechos dos discursos da oficina anterior onde as pessoas identificavam o que era um, o que era outro.

No final da oficina com as educadoras estabeleceu-se no grupo, um conjunto de ações que visavam de alguma forma por em prática o que tinha sido apontado por todas como solução e que estava no âmbito daquele fórum, naquele momento específico realizar. Em lugar visível a todos sistematizou-se coletivamente os atores sociais, os processos sociais envolvidos e declarados como componentes do diagnóstico do problema, e as soluções ou terapêuticas apontadas:

ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS NO PROBLEMA EM QUESTÃO

Na creche: as educadoras, a coordenação, as responsáveis pela cozinha e as responsáveis pelo serviço geral de limpeza

As mães/ avós/ crianças/ famílias

Os médicos/ psicólogos/ assistentes sociais

Os governantes/ sistema

A comunidade

As organizações da sociedade civil

O agente biológico também foi apontado aqui embora não possamos afirmá-lo como ator social.

OS PROCESSOS SOCIAIS ENVOLVIDOS

Pobreza

Alcoolismo

Desemprego

Depressão Mental

Planejamento Familiar

Falta de Educação/ Informação

Religião/ Igreja/ Religiosidade

SOLUÇÕES

Identificação das Famílias segundo suas necessidades e demandas

Acolhimento das Famílias

Comunicação que funcione

Remédios Caseiros

Trabalho educativo com as famílias

Foi proposta como estratégia de curto prazo a realização de outra oficina com os pais de famílias identificadas pelas educadoras como as mais necessitadas de acolhimento, apoio e orientação educativa em saúde.

Esta oficina aconteceu 15 dias após esta oficina com as educadoras e para garantir a presença destes responsáveis que reconhecidamente não costumam comparecer às reuniões convocadas, foi oferecido um café da manhã coletivo entre pais, profissionais de saúde e algumas educadoras.

Estiveram presentes 14 mães e pais, um profissional de saúde e duas educadoras. Em roda conversamos sobre o problema do piolho e da sarna e todos se mostraram preocupados e empenhados em tentar resolvê-lo: *“Como podemos fazer?; minha filha se coça demais e já está cheia de feridas; quero aprender a fazer essa loção..eu quero tratar mas não tenho dinheiro para isso...possa trazer o agrião.. e eu posso trazer a água tônica....”* (a água tônica e o agrião são a base da nossa loção). Foi uma oficina curta, pois várias pessoas tinham horário de trabalho, mas no pouco tempo disponível criou-se um clima de camaradagem onde todos falaram e reafirmaram a aliança necessária. Outra proposta foi a realização de uma oficina entre todas as educadoras, todos os profissionais de saúde envolvidos (ONG HAPS) e famílias. Entretanto, por motivos, burocráticos, segundo informações dadas à própria creche, de dezembro a maio de 2003 as educadoras pararam de receber da SMDS da cidade do Rio de Janeiro, a pequena ajuda de custo relativa a seus trabalhos e com isso reduziram o horário de funcionamento da creche, o que impediu que estivessem participando de qualquer outra atividade. Já existe planejado um conjunto de ações que incluem trazer a avó, que ensinou a loção piolhicida às mães, à creche para ensinar as educadoras e aos pais, assim como pensar formas efetivas que visem incluir estas crianças no nosso atendimento na ONG. Acreditamos que através do fortalecimento desta rede, já tecida, podemos caminhar em busca de outros apoios.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO E ANÁLISE

A discussão deste trabalho está organizada contendo: análise do processo educativo através da EPS; análise do conteúdo dos discursos, orientada dentro das dimensões da prática propostas, o diagnóstico e a terapêutica; análise do instrumento apresentado, o caso clínico, agora já referido à própria experiência; e análise da metodologia utilizada para a tabulação dos dados discursivos.

V.I- ANÁLISE DA PRÁTICA EDUCATIVA

Avalia-se que a EPS esteve presente em todas as oficinas desde o momento em que se valorizou o diagnóstico e a terapêutica trazida pelas pessoas e na medida que se optou por encontrar soluções que contemplassem as opiniões, idéias trazidas por todos os participantes. Entretanto se perdermos de vista o caráter processual da EP, poderíamos correr o risco de afirmar que esta só se deu no fim da oficina com as educadoras quando se sistematizaram ações para mudanças.

Na perspectiva da EP, diferente das ciências sociais através da qual se vai à realidade para ver, analisar e entender por meio de referenciais específicos, a ida até às experiências vividas no cotidiano das classes populares objetiva mudanças, soluções para problemas vividos e entendidos por todos os atores envolvidos. Através de sua metodologia participativa e problematizadora é possível conhecer o que as pessoas conhecem e entendem sobre os seus problemas, também como, construir coletivamente soluções que podem estar centradas em ações assistenciais, de apoio social, educativas, de participação política, etc.

O diagnóstico e a terapêutica, aspectos usuais da prática médica, necessitam ser conhecidos em toda a sua complexidade e acreditar que se possam alcançar estes objetivos tomando como ponto de partida (e de chegada) o conhecimento exclusivo do médico pode significar uma ilusão de que se está cuidando da saúde das pessoas.

A formação médica, apesar de esforços variados que a questionam e promovem propostas de mudanças, ainda é uma formação que privilegia a tecnologia em detrimento das considerações humanísticas e sociais. Os médicos, independentes da racionalidade a qual estejam vinculados, apesar de saberem a importância do contexto social na situação de saúde das pessoas, apresentam, na maioria das vezes, dificuldades para articular o raciocínio em situações complexas de saúde onde se faz necessário integrar saberes distintos, saber médico e saber popular e onde é necessário ser perspicaz e criativo.

As condutas terapêuticas, ditadas nos livros e ensinadas nas faculdades de medicina, estão colocadas sempre para uma realidade que pouco prevê as dificuldades de existência que vive a maioria das pessoas no mundo, de tal forma que enquanto profissionais devem considerar a necessidade de estender sua formação enquanto atuam. Exemplificando com a questão exposta nesta pesquisa, quando é recomendado no caso da escabiose a troca diária da roupa de cama ou na pediculose, que crianças durmam isoladas de outras, não se considera que estas recomendações estejam na ordem do impossível de serem seguidas. As pessoas consideradas têm tantas roupas de cama quantas seriam necessárias? As crianças destes grupos populares costumam (ou podem) dormir sozinhas em camas individuais?

É necessário pensar que condutas alternativas, complementares devem ser construídas e saber que essa construção só pode se dar quando se conhecem as condições de vida, a estrutura cultural específicas com quem se trabalha e ainda, principalmente, considerar que estas condutas, prescrições ou “saídas” só serão viáveis e legítimas se construídas coletivamente junto com as comunidades. Vasconcelos (1999) aponta para a diferença entre cientistas sociais e os profissionais de saúde e diz que para estes últimos o aprofundamento do conhecimento se dá em grande parte durante o processo de intervenção. Para Vasconcelos EdM (2003) nos países latino americanos, os profissionais de saúde tendem a ter uma cultura que enfatiza o papel do profissional no processo de tratamento e cura em detrimento de dispositivos de cuidados mais horizontalizados, centrados na perspectiva do *empowerment*, na auto e/ou co-gestão dos serviços e no suporte mútuo. A possibilidade de transformar significados individuais em experiências coletivas através do

cuidado, da escuta, do suporte à dor deveria ser suporte às práticas profissionais e dos serviços de saúde.

Ao trabalhar com comunidades é muito comum se ter a idéia que os problemas de saúde podem ser resolvidos, ou diminuídos, se a comunidade se organiza “melhor” e se conseguimos que ela participe e saia de sua “apatia” para resolver os seus problemas. Ou seja, a idéia é que existem soluções prontas e que elas são elaboradas por nós, os técnicos, mesmo antes que se conheçam as características daquelas pessoas, suas necessidades e seus desejos. Há uma negligência e até mesmo um desrespeito com as possibilidades e iniciativas daquelas pessoas em detrimento de um valor dado a fórmulas reconhecidas e divulgadas no saber oficial. É muito comum ver os profissionais de saúde converterem processos complexos, ricos em tradições culturais de saber e sabedoria em blocos sólidos, rígidos, impossibilitando o olhar de algo vivo, essa nuvem de símbolos, a conexão fundamental que temos entre todos, o sentimento de comunidade, a *comunalidade* que no meio de estruturas e materialidades se desenvolve e movimenta, convidando a ser vivido e só finalmente compreendido (Wong Un, 2002).

A formação do médico homeopata, embora acrescente ao problema considerado, já que todos cursaram a graduação médica, a questão de ainda ser voltada para atender na sua maioria uma prática de medicina privada, apresenta algumas particularidades importantes de serem consideradas.

O construto do princípio de individualidade e de suscetibilidade particular do sujeito, assim como o de totalidade dos sintomas¹⁸, implica necessariamente uma investigação e uma escuta ampla e despreconceituosa. Isso implica que tudo aquilo que o paciente traz, que é vivido e/ou compreendido por ele como sendo o mal estar que o leva ao médico, é não só ouvido como principalmente considerado na avaliação diagnóstica e terapêutica. Desta forma não causa estranheza (e é até valorizado) ao médico homeopata o conjunto de dimensões que compõem a queixa do paciente, para o qual falar e saber que está de fato

¹⁸ A totalidade sintomática ou totalidade dos sintomas está descrita no capítulo II referente à Prática Homeopática.

sendo ouvido é de extremo valor. No trabalho clínico com as classes populares estas dimensões são sempre muito observadas ao contrário de outras classes sociais, onde a informação biomédica e psicológica facilita interpretações que suprimem as observações espontâneas. Assim é muito fácil para um paciente da classe popular dizer que a sua dor, por exemplo, se relaciona com determinada fase lunar ou que ela só aparece quando está com determinado estado de humor. Haverá com certeza muito mais auto-censura para o outro paciente.

O exercício contínuo deste tipo de prática creio possibilitar ao médico a compreensão da lógica de saúde¹⁹ que têm as classes populares, facilitando com isto a articulação dos diversos saberes e ao paciente, uma experiência de valorização daquilo que faz parte dos seus conhecimentos, o que estimula a auto-estima e o auto conhecimento do corpo e mente na relação com o mundo. Entretanto, mesmo com esta possibilidade é muito difícil escapar das estratégias conhecidas. Neste trabalho, o discurso dos médicos homeopatas ainda reproduz um modelo de transmissão de conhecimento que seria considerada, dentro da ótica “freireana”, de uma concepção de educação bancária. Embora tendo a possibilidade de conhecer através das características próprias de sua prática a complexidade contida na questão da saúde, não conseguem escapar do modelo higienista que espera transformar indivíduos ignorantes com hábitos e comportamentos não saudáveis.

A educação popular através de sua metodologia participativa, onde comparecem distintos saberes, favorece a elaboração e apropriação de um saber-instrumento que leve a formular e encaminhar propostas (Costa, 1977). É necessário que conjuntamente, se elaborem os problemas e as questões que merecem ser respondidas e solucionadas. Tudo isto apenas pareceria ser possível na medida em que os profissionais, junto com os populares, façam um “encontro de olhares”. Em síntese, o novo iluminismo da EP tem seu bojo na retomada da luta pela autonomia e na integração de um saber popular democrático como fundamento e condição (Lovisoló,1990). Para Vasconcelos (1999) a EPS inova na

¹⁹ Como lógica de saúde estou me referindo a abrangência do conceito do complexo saúde/doença e aos mecanismos pelos quais se manifesta.

medida que não separa as dimensões materiais dos problemas sociais da cultura e saber, ao buscar relacionar problemas específicos com o contexto político e econômico geral.

Freire (2002) no seu primeiro livro “Educação e atualidade brasileira”, com um texto que continua bastante atual aponta para o saber democrático como o único capaz de se incorporar ao homem de forma existencial e experimental. Este deve ter a consciência de sua responsabilidade social e política vivendo, participando, atuando. O autor reafirma a força democratizadora do diálogo, onde o sujeito rejeita posições quietistas e se faz participante.

A experiência desenvolvida na ONG HAPS pode favorecer a demonstração da educação popular e saúde como uma possibilidade de melhor instrumentalizar os profissionais de saúde. Afirma-se isso com base na constatação da capacidade deste tipo de prática ampliar a discussão das questões subjetivas, simbólicas, envolvidas no plano da saúde, e na possibilidade de conhecer as condições objetivas de vida das pessoas, facilitando uma ação que redimensione a prática homeopática para além das expectativas que não estão colocadas quando não se consideram os *obstáculos à cura*, considerados anteriormente. Durante uma das discussões médicas realizadas, avaliávamos os resultados clínicos obtidos com as crianças da campanha “Adote a saúde de uma criança” e constatávamos que embora tivéssemos conseguido melhoras importantes nas questões referentes aos quadros clínicos das crianças o mesmo não acontecia com os sintomas mentais (Fonseca, 2003). Não foi difícil constatar que condições sociais que envolviam violência doméstica, dependências químicas dentro das famílias e na comunidade como um todo, estavam na base da explicação desta questão. Existem dificuldades para uma avaliação que considere as diversas realidades a que estão submetidas as diversas pessoas. Penso que se coloca a urgência dessa discussão para a episteme homeopática. A escuta de tantos determinantes, condicionantes, desencadeantes, agravantes relacionados com o adoecer e com as queixas trazidas pelos pacientes permite o contato com o universo complexo do campo da saúde e o caso clínico é o registro desta observação.

A prática educativa apresentada neste trabalho é, como já foi dito, um recorte de uma ação ainda em movimento e por isso fica difícil avaliá-la como tal. É fundamental que os discursos produzidos separadamente entre os grupos de atores sociais sejam compartilhados numa oficina comum para que a partir da escuta de todas as soluções propostas se construa um plano de ação que corresponda às expectativas de todos os envolvidos

V. II - ANÁLISE COMPARATIVA DAS IDÉIAS CENTRAIS DOS DISCURSOS : DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA CONFORME OS ATORES SOCIAIS

Os conteúdos dos discursos são discutidos através de algumas questões mais gerais que perpassam todos eles e que permitem fornecer material de avaliação da aplicação do caso clínico.

Para orientar a análise do material empírico, foram construídos dois quadros (Quadros 7 e 9), um para o diagnóstico e outro para a terapêutica, para que se possa ter idéia dos diversos DSC -discursos dos responsáveis, das educadoras e dos médicos- e que, visualizados desta maneira permita uma análise comparativa.

V. III. - ANÁLISE DAS IDÉIAS CENTRAIS SOBRE DIAGNÓSTICO

Como se pode observar no quadro 7, as questões sócio econômicas estão mais diversificadas nos responsáveis, o grupo de atores sociais menos comprometidos institucionalmente dos três. Fala-se da assistência médica, psicológica, mas também se faz referência à organização social local. Fala-se de drogas, de álcool e pobreza. As educadoras fazem referência à pobreza, miséria, mas também ao desemprego e ao alcoolismo. E os médicos comentam as questões sociais associadas à solução, à cura. Minayo (1998) aponta que o conhecimento etiológico dentro da cultura popular é holístico e ecológico, englobando todas as dimensões da vida em sociedade quais sejam: natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural.

Quadro 7 - Quadro Comparativo dos DSC sobre o Diagnóstico

Educadoras	Responsáveis	Médicos
<p>Questões individuais: responsabilidade mãe/ responsabilidade da família/ problema psicológico/ depressão</p>	<p>Questões Individuais: Falta de cuidados/ Falta de amor/ Falta de higiene/ É como se não tivesse filho/ A constituição da criança/ A falta de motivação/ As mães que precisam de ajuda não vem à reunião/ A violência produto do nervosismo dos pais / O número de filhos/ O desejo de acertar com um homem</p>	<p>Questões Individuais: individualidade/ psora/ sofrimento/ comprometimento da vitalidade</p>
<p>Questões sócio-econômicas: Alcoolismo/ Desemprego/ Miséria/ Falta de dinheiro</p>	<p>Questões sócio-econômicas: Pobreza/ Falta de assistência médica/ Falta de educação/ O contágio fácil na comunidade/ Álcool/ A morte como liberdade para as drogas/ A falta de uma associação de moradores forte</p>	<p>Questões sócio-econômicas: Estado de abandono/ postergação/estado de carência extrema/ Problemática de vida da sobrevivência/ Problema social/ obstáculos à cura</p>
	<p>Questões conjunturais: A globalização/ Tempos mudaram/ A televisão</p>	
<p>Falta de Deus/ Religiosidade</p>		

As questões consideradas conjunturais presentes no discurso dos responsáveis foram separadas das individuais e sócio econômicas, pois podem afetar os indivíduos e/ou a sociedade como um todo. Para educadoras e responsáveis, pessoas da mesma comunidade mas com papéis distintos neste momento, os problemas de saúde têm natureza afetivo-relacional-social enquanto para os médicos os mesmos problemas são próprios de um tipo social de doente e do próprio indivíduo. Para estes últimos o objeto de identificação e de intervenção está centrado nos sinais e sintomas apresentados, enquanto que para os outros atores este mesmo objeto é a experiência de vida e suas relações afetivo-sociais. A resposta seguinte à identificação do objeto é para os médicos a classificação ou sistematização do conjunto de sinais e sintomas observados. Para as responsáveis e educadoras a resposta é a analogia ou “bricolage”. No quadro 8 busca-se sintetizar esta observação do diagnóstico relacionando o tipo de conhecimento com o objeto de identificação e a resposta conseqüente:

Quadro 8: Tipo de conhecimento produzido por diferentes atores sociais sobre o diagnóstico de Chiquinho

TIPO DE CONHECIMENTO	OBJETO DE IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA
Técnico-científico	Sinais/Sintomas	Classificação
Senso comum	Experiência de vida e Relações Afetivo-Sociais	Analogia (“bricolage”)

Os dois grandes grupos que orientam a discussão comparativa sobre a dimensão do diagnóstico são os níveis individuais e coletivos dos determinantes deste problema de saúde coletiva. As questões individuais nos médicos estão centradas na criança, o paciente, enquanto nas educadoras e nas responsáveis elas estão divididas entre a mãe, a criança e a família. O pai não é responsabilizado, nem lembrado por nenhum dos três grupos.

Como profissional de saúde e vivendo há muito tempo com o sofrimento individual na assistência aos enfermos, não posso deixar de tomar a doença como ponto de referência desta discussão. A experiência individual da doença pode avançar na direção de uma

significação mais coletiva se, a partir da busca de sentidos/significados pessoais e existenciais para além da dor e de todos os aspectos negativos e de sofrimento, se questiona o valor para outros que vivem experiências semelhantes. Através desta resignificação é possível se recuperar a auto-estima e a inserção na sociedade (Vasconcelos EdM., 2003).

A experiência da doença, como expressão de dificuldade na vida de uma pessoa, é sem dúvida um fenômeno individual, embora raramente represente um caso isolado. Outros sujeitos são igualmente acometidos e a soma e a interpretação dos determinantes da situação de saúde associados à doença podem orientar entendimentos sobre o que ocorre ou o que ocorreu nas várias sociedades humanas. Neste sentido é que a doença pode ser vista como um sinal (Berlinguer, 1988). O *estar* doente produz um “sentimento de enfermidade” integrado por experiências de invalidez, moléstia, ameaça, solidão, inconformidade, esta comumente associada ao questionamento do “por que eu adoeci?” Do ponto de vista do outro, que percebe o doente, o viver doente mostra um componente individual, a queixa ou agitação do enfermo isolado, e outro social, a conduta do paciente dentro do grupo humano a que pertence.

Ao constatar a doença o sujeito pode negá-la ou recusar ser vencido pela mesma. Outra reação pode ser uma exagerada auto piedade e a exigência de um abuso de atenção pessoal (Parsons apud Nunes, 1999). O doente se sente humilhado por sua incapacidade para funcionar “normalmente”. O isolamento é um fato, na medida que a rotina é alterada inteiramente na condição da doença, mas o interesse dos outros aumenta e como doente o homem é de fato trazido para mais perto dos seus companheiros e família (Sigerist apud Nunes, 1999). Para Parsons, os traços que marcam a situação do doente e seus familiares são: desamparo e necessidade de ajuda, incompetência técnica e envolvimento emocional. A solidariedade da família impõe forte pressão aos membros sadios para que o membro doente obtenha o melhor cuidado possível (Parsons apud Nunes, 1999).

No âmbito da sociedade pode-se afirmar que, uma vez doente, o homem está desobrigado de suas responsabilidades sociais, trabalho, escola, etc. ficando categorizado como inativo, dependendo da natureza e gravidade da doença. Em épocas mais remotas as

doenças/sofrimentos eram assunto de interesse privado, mas agora se põe o dever de ser saudável como se este fosse o resultado de um simples ato de decisão ou desejo. A lei sobre notificação das doenças venéreas, aprovada em 1927 foi o primeiro passo nesse sentido. Exige-se que o indivíduo esteja permanentemente consciente de sua obrigação perante o bem estar geral da sociedade e que coopere com o técnico/médico no processo de se curar (Nunes, 1999). Porém, o enfermo não se encontra em posição de fazer o que é necessário nem sabe o que é necessário fazer.

Embora esta evolução se expresse na história, pode-se afirmar que as atitudes das épocas mais remotas sobre o *status* do doente são encontradas na sociedade moderna de forma mais ou menos clara. Pode-se assistir a existência de um forte senso de responsabilidade social, porém também a atitude de fugir do doente ou de responsabilizá-lo pelo seu sofrimento com explicações na maioria das vezes inaceitáveis.

Na saúde pública, a abordagem do nível “coletivo” é central. Ela surge dentro do panorama das grandes epidemias que assolavam vastas camadas da população onde as ações planejadas visavam dar atenção à muita gente. O estudo e desenvolvimento da epidemiologia expressam isso com muita propriedade.

O conceito de individualidade é fundamental na teoria e prática homeopáticas. No trabalho desenvolvido por Samuel Hahnemann (1982), criador da homeopatia, pode-se ver como este conceito foi evoluindo, desde uma individualidade captada de uma imagem estática das pessoas que atendia²⁰, a uma construção dinâmica onde se considera uma totalidade biográfica, para além do presente e passado patográficos (Rosenbaum, 2000). O autor ainda faz uma reflexão sobre sujeito e indivíduo, afirma que o sujeito hahnemanniano conserva o sentido aristotélico do termo e propõe a homeopatia como uma medicina do sujeito.

²⁰ Hahnemann, no início da sua vida profissional como médico homeopatia, tendia a olhar o paciente de uma maneira fotográfica retratando apenas o quadro do transtorno presente naquele momento específico da consulta.

A compreensão do sujeito enfermo no contato com a doença e o sofrimento implica olhar as diversas relações que fazem parte de sua vida. As categorias da homeopatia são o resultado do estudo dessas relações. A investigação de como cada um vive particularmente a história de sua vida, as significações próprias dadas na experiência de vida de cada um são os determinantes no construto da individualidade na homeopatia.

Hahnemann no seu *Organon da Medicina* (1979) afirma que a única missão do médico é curar de forma rápida, suave e permanente os pacientes. Para isso indica a necessidade de se investigar e conhecer o que existe de curável no paciente e o que existe de curativo nas substâncias medicamentosas. Mais adiante o mesmo autor aponta para outros fatores que estariam fora do campo do tratamento medicamentoso, mas que nem por isso deveriam merecer menos atenção na prática médica. É o que denominou de obstáculos à cura aos quais o médico deveria dedicar uma investigação cuidadosa. Fazem parte dos exemplos listados, erros e ou excessos alimentares, falta de higiene, sedentarismo ou excesso de atividades físicas, condições precárias de moradia, necessidades materiais na vida, etc. Recomenda que sejam evitadas ou removidas o mais rápido possível, pois podem tornar inviável o tratamento homeopático. Não está descrita a forma como isto deveria acontecer.

A doença no nível coletivo ou epidemia é objeto da Saúde Pública. Muito se discute neste campo sobre o objeto de trabalho. Diferenças significativas podem acontecer se este é assumido como a transformação da saúde das populações ou como a prevenção e controle de doenças específicas. Sem que nenhum destes dois enfoques tenha que ser excluyente, considera-se que as intervenções de políticas sobre condições de vida são externas às políticas de saúde e secundárias ao desenvolvimento dos serviços assistenciais. A tendência predominante é ter como objeto de intervenção a frequência de doenças específicas na população, estudadas pela epidemiologia. O predomínio do enfoque de risco no nível individual reforça intervenções preventivas e, sobretudo curativas que incidem sobre indivíduos (atendimento a doentes e diagnóstico precoce), enquanto o enfoque populacional reforça as intervenções preventivas e de promoção sobre coletividades (saneamento educação, melhoria das condições de vida e de trabalho, alimentação e

nutrição, etc.) (Castellanos, 1997). Entende-se aqui a compreensão de promoção da saúde na vertente que enfoca o ponto de vista do enfrentamento dos determinantes gerais da saúde, quer dizer, como luta política pela saúde, vertente “crítica” da qual é porta-voz Henry Sigerist. A educação popular conecta-se com os processos sociais e movimentos e procura dar expressão às várias práticas e reflexões que emergem ou se processam nessa conexão (Rede de Educação Popular e Saúde, 2002).

Entretanto numa perspectiva sociológica como a proposta por Elias (1994), a individualidade que o ser humano desenvolve é o produto de todo um processo onde se considera a constituição natural de cada um e a estrutura pré existente de relações onde este ser cresce e se desenvolve. Seu destino é específico de cada sociedade.

A interdependência das funções individuais em sociedades complexas faz com que os atos individuais se vinculem ininterruptamente formando longas cadeias de atos. Assim cada pessoa é prisioneira ao viver em permanente dependência funcional de outras (Elias, 1994). Para Morin (1999), quanto mais autônomo é um sistema vivo, tanto mais ele é dependente em relação a um ecossistema e a individualidade humana é ao mesmo tempo o que há de mais emancipado e de mais dependente em relação à sociedade.

Algumas propostas na área da saúde, no sentido de pensar a construção da relação dos níveis individuais e coletivos vem sendo feitas como, por exemplo, a abordagem de Castellanos (1990), na qual os espaços do “geral”, “particular” e “singular” interagem dinamicamente com o objetivo de dar resposta aos problemas de saúde de todos os grupos sociais.

A teoria sobre sistemas complexos tem apresentado possibilidades e conseqüências positivas quando aplicadas ao campo da saúde. As organizações sociais, a humanidade, os animais conformam uma hierarquia de unidades interdependentes onde os sistemas superiores estão constituídos de subsistemas de nível inferior (Miller apud Castellanos, 1997). Morin (1996), afirma que a ambição da complexidade é prestar conta das articulações despedaçadas pelos cortes entre disciplinas, categorias cognitivas e tipos de

conhecimento e que ao aspirar a multidimensionalidade, o pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e incerteza. Considerando a questão indivíduo X coletivo, pode-se focar o que o autor apresenta como o princípio hologramático em referência ao holograma que contém a quase totalidade das informações que representa. Neste sentido, a parte está no todo, mas também o todo está na parte.

Considerar a educação popular à luz da complexidade implica em problematizar o campo do conhecimento científico (Fleuri, 1998). A produção de conhecimento exige uma elaboração própria a partir do educando que implica na interação daquilo que a partir do senso comum que cada um tem dentro de si e aquilo que está sendo apresentado como um novo ensinamento e que vem do universo científico. No campo dos serviços de saúde e no ambiente específico da relação médico- paciente e familiares esta integração tem que ser relativizada ao sofrimento individual produzido no contexto da doença e suas representações sociais (Vasconcelos, 1998).

V. II.II - ANÁLISE DAS IDÉIAS CENTRAIS SOBRE TERAPÊUTICA

Na terapêutica (quadro 9), o apoio de âmbito coletivo tem características distintas nos três grupos. No grupo das educadoras o foco do apoio coletivo são as instituições: de saúde, de educação, igreja, organizações sociais e políticas, até mesmo instituições de caridade. Talvez isto esteja relacionado à representação institucional que ocupam neste espaço. Nos médicos a educação é o foco, desde medidas higienistas até uma educação concordante com o senso comum. As frentes da ONG HAPS são a assistência médica e a educação. Nas responsáveis encontra-se referência à assistência, à educação através da informação, assim como os projetos sociais, e ainda ao barateamento de remédios.

Quadro 9 - Quadro Comparativo dos DSC sobre a Terapêutica

Educadoras	Responsáveis	Médicos
<p>Através de apoio à mãe e à criança: Uma pessoa que conheça a mãe/ Cuidando da mãe/ Acolhendo a mãe sem críticas /do jeito que ela é/ Dependendo da vontade da mãe/ Solicitando a ajuda da mãe/ Trabalhando com toda a família</p>	<p>Através de apoio à mãe e à criança: Acolhimento/ Cuidado/ Sem fofoca ou crítica / Conversa/ Amor/ Carinho/ Higiene com a criança/ Dar amor e não dar violência/ O imprevisto dentro da pobreza</p>	<p>Através de apoio à mãe e à criança: Dando apoio à família/ Cuidado inclusivo e não excludente/ Resgate do ser humano/ Permanência na creche</p>
<p>Através de apoio de âmbito coletivo: A creche e seus profissionais/ O serviço de saúde e seus profissionais/ O sistema (políticos, organizações sociais)/ Uma instituição de caridade/ Com atividades educativas/ Uma igreja</p>	<p>Através de apoio de âmbito coletivo: Assistência médica/ Tratamento psicológico/ Projetos sociais/ Terapêutica barata/ Educação à mãe/ A ineficiência do assistencialismo</p>	<p>Através de apoio de âmbito coletivo: Ações educativas à família e a creche - De apoio, higienistas, da racionalidade homeopática /Concordante com o senso comum /Através dos resultados/ Contínua/ A transmissão de um conhecimento médico diferente/ Informação que esteja ligada à prática/ Proposta educacional higienista/ Educação para reconhecimento do grau de gravidade das crianças/ações medicalizantes: São limitadas; individuais e coletivas (como uma epidemia)/ Aprimorar as informações para a prescrição homeopática / Remédio homeopático para acabar com o sofrimento/ Estratégia levando em conta o grau de gravidade das</p>

		crianças/ Tratamento homeopático que melhore a vitalidade Estratégias para enfrentar crises
--	--	---

Nessa experiência fomos surpreendidos com as propostas terapêuticas solidárias apresentadas pelas mães/ avós e pelas educadoras. Ao observar as imensas dificuldades com que vivem as classes populares é difícil acreditar que ainda exista disponibilidade para acolher outros mais necessitados. Foi bonito ver como foram propostas diversas formas de apoio a famílias como às de Chiquinho.

Famílias como a de Chiquinho vivem em situações de crise que mais poderiam ser considerados **estados de crise** vista a continuidade da situação e a ausência de perspectivas de mudanças. Costumam ficar à margem dos serviços que orientam seus atendimentos pela demanda espontânea da população. São famílias que tem muita dificuldade para manter seus filhos em tratamento regular no nosso serviço na ONG HAPS. Levam uma, duas vezes, mas logo, logo, a desestruturação de suas vidas impede que continuem mesmo percebendo que as crianças estão melhorando. Recorrem a serviços de urgência/emergência em último caso e no dia a dia vão equacionando seus problemas através de ajudas e suportes que vizinhos, amigos, grupos sociais locais e instituições, como uma creche comunitária, podem dar. Os atores sociais investigados neste trabalho conhecem bem este tipo de suporte e nos seus discursos apontam essas experiências.

Esta experiência nos permite reconhecer o limite do trabalho médico, centrado em que racionalidade estiver, em lidar com a complexidade do adoecimento humano assim como perceber o modo como a sociedade vem se organizando, tecendo estratégias e táticas para enfrentar os problemas através das diversas atividades de saúde, como por exemplo, as práticas de apoio social. O apoio social, através dos grupos de apoio ou das redes sociais, está centrado no cuidado dos sujeitos e pode ajudá-los a ressignificar as experiências que causam sofrimento e atribuir-lhes um novo sentido (Cohen & Syme, apud Lacerda, 2002). As redes constituem o padrão básico de organização de todos os sistemas vivos. Os

organismos são redes de células e as células são redes de moléculas. Nas redes sociais são produzidas crenças, explicações, e valores, um contexto comum de significados, continuamente sustentado por novas comunicações. (Capra, 1990).

As pessoas em geral têm a experiência do apoio solidário nas famílias, nos amigos com aqueles que enfim se pode contar nos momentos difíceis e com os quais se pode conversar as aflições. Nas classes populares essas redes de apoio e solidariedade são mais frequentes e sólidas. As adversidades vividas no dia a dia impõem uma abertura para o outro que é capaz de compreender e ajudar sem intermediação. As redes informais de amigos e companheiros representam um importante suporte para as dificuldades, desafios da vida. Wong Un (2002) se refere a um “instinto solidário” em relações onde o individual é dissolvido por uns tempos para depois voltar à individualidade, transformado e renovado pela experiência de um senso de comunidade -sentimento de estar apoiado, integrado, cuidado e protegido-, tão raro num contexto de competitividade e individualismo.

O caso de Chiquinho, sua história, seu drama aponta para a relevância da família como elo entre o nível individual, sócio-econômico e transcendental (*“Cada filho com homem diferente, isso é coisa de família que foi passando... Vários relacionamentos não é vida estável, é vida “rotativa”, também pode trazer um monte de problemas para ela... a família não ajuda e isso acarreta muito problema; sem família a pessoa não cresce; a pessoa quer ter filho antes de tudo, antes de se formar como pessoa, isso a família é que dá, a família bem organizada ajuda muito, deve estar acontecendo algum problema agora que deixando a criança de lado..”*). Para Vasconcelos (1999) a família significa para os trabalhadores a realização de um modo de vida e é nela que ele experimenta uma vivência de coletividade e liberdade.

A construção do caso clínico a partir da opinião das educadoras traz a visão de que a função que contém o cuidado com as crianças é responsabilidade das mulheres. Em nenhum momento nem no caso, nem nas oficinas com mães, educadoras ou médicos se discute o papel do pai neste processo. Está nos moldes de nossa cultura o papel da mulher como cuidadora, de sua família, dos vizinhos, e amigos. Uma discussão que sustenta

cultura *versus* natureza baseia a origem deste atributo²¹. Cuidar implica algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuos, é corresponder às necessidades particulares, concretas, físicas, espirituais, intelectuais, psíquicas e emocionais dos outros. Em nossa sociedade as estruturas privadas que envolvem “cuidar de” localizam-se especialmente na família e o cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado como na vida privada. Os papéis tradicionais de gênero implicam que os homens tenham “cuidados com” e as mulheres “cuidem de” (Tronto, 1997). O aumento da heterogeneidade dos tipos de núcleo familiar nos arranjos brasileiros aponta para uma redução dos arranjos de núcleo composto (casal) e aumento de núcleo simples constituído por uma mulher, principalmente (IPEA, 2002).

Nos anos 70, ideais populistas foram apropriados pelo discurso neoliberal, para criticar a produção de programas estatais de bem estar social e reforçar a família e os vínculos comunitários como provedores “naturais” de cuidado social e de iniciativas de cuidado de si, ajuda e suporte mútuos (Vasconcelos EdM, 2003). Esta estratégia também acabava respondendo à política de desresponsabilizar o Estado em prol do indivíduo e sua família quando o resultados eram negativos. Entretanto, a globalização excludente que acompanhou desde sempre o projeto neoliberal, sempre esteve acompanhada do que Wong-Un (2002) chamou de globalização subalterna: “*É aquela mundialização includente, solidária, das criações locais, das micro revoluções, da formação de suportes sociais duradouros e de modernidades alternativas*” (2002: 142). Representa uma consciência do que é ser mundo, do interesse pela dimensão do cuidado.

As redes de suporte social são tecidas em ações onde os sentimentos que prevalecem são o da solidariedade e a sensação de estar sendo cuidado ou protegido:

“A proposta poética da rede social é que ela é feita das relações sociais e de interdependência, não podendo os elementos ser concebidos como isolados,

²¹ King (1997) fala da existência de uma tendência de separar o social (feminismo cultural) do natural (feminismo socialista). Para a autora, há um erro nisso e propõe uma maneira dialética de pensar a relação das mulheres com a natureza com o objetivo de compreender o pleno significado e o potencial do feminismo - um feminismo ecológico e social

mas como parte do conjunto... nos fluxos viajam informações...amores...apoios mútuos...sonhos de saúde e bem estar; compartilham-se dores ...formas de sobreviver na violência e com o salário mínimo...derrotas partilhadas, voltas por cima: o caos amoroso da vida”

(Wong Un, 2002: 91-93).

As características da nossa sociedade revelam pessoas que primordialmente se compreendem a partir de seu pertencimento a uma rede de relações e suportes sociais familiares, de vizinhança, etc., onde a dependência pessoal é reconhecida e até mesmo cultivada e os elementos de autonomia e independência pessoal não são valorizados, em contraste com o individualismo anglo-saxônico, por exemplo, (Velho apud Vasconcelos EdM, 2003). Por outro lado as enfraquecidas políticas sociais e a exclusão de grandes contingentes da população no acesso aos bens materiais e serviços básicos impõem a necessidade de que se estabeleçam estratégias de sobrevivência fortemente assentados nas redes sociais de suporte pessoal e mútuo ou seja, fortalecendo as estruturas que caracterizam a nossa sociedade.

Uma das formas de se observar a emergência do “cuidado” dentro de uma comunidade é a partir de elementos de uma economia informal onde muitas trocas são feitas sem a necessidade de dinheiro. Assim relações autênticas seriam viáveis, relações não gerenciadas por uma lógica empresarial ou institucional que respondem a uma *ordem oculta* e que muitas vezes nos parecem desordenadas e ineficientes, determinadas pela necessidade de incorporar tanto capacidades como falibilidades (MacKnight apud Wong Um, 2002).

Lacerda (2002) aponta para a relação entre apoio social e homeopatia, considerando que ambos propiciam aos sujeitos encontrar um sentido e significado de vida, e estimulam a confiança e autonomia. A homeopatia ao tratar os sujeitos doentes como seres singulares, acolhendo-os e permitindo que se expressem livremente, estabelece vínculos interpessoais de confiança entre profissional e paciente, facilitando que o apoio social seja fornecido. Segundo a autora a homeopatia favorece a inclusão do cuidado no binômio saúde – doença,

junto com o apoio social, assim como ajudam a repensar práticas voltadas para a integralidade

V.III - CASO CLÍNICO COMO INSTRUMENTO

O caso clínico como instrumento de problematização é sempre muito bem recebido, principalmente quando fica claro que nós não temos as respostas e que o desejo e a técnica é que as encontremos por meio das discussões e interações. A idéia de construir o caso com as pessoas interessadas tem sido uma experiência nova e com muitas possibilidades. Apesar de neste trabalho essa construção ter sido parcialmente coletiva foi o suficiente para demonstrar e retificar a validade e pertinência desta experiência de EPS. Construir coletivamente é ter o olhar de quem conhece e vive a realidade sobre a qual se está problematizando, além de ser um meio de conhecer as necessidades locais de saúde.

A abordagem educativa a partir de situações problema é coerente e bastante comum na abordagem da EP. Considerando que se está no campo da saúde e que o trabalho educativo estaria privilegiando os usuários de homeopatia a adoção deste instrumento visou problematizar sobre o material em comum entre profissionais médicos e pacientes/usuários, as histórias clínicas homeopáticas. Estas contêm narrativas das queixas clínicas orgânicas e/ou emocionais trazidas e associadas a toda a complexidade da vida e com relações entre si tipo causa-efeito, de agravação ou melhoria. Embora exista uma necessidade técnica de adequar o material trazido pelos pacientes à racionalidade correspondente, há espaço para relatar e registrar um discurso livre. É o que em homeopatia se denomina de *relato espontâneo*.

A experiência desenvolvida ao longo destes anos utilizando e problematizando através deste instrumento tem nos levado à conclusão de que diversos objetivos podem ser alcançados por meio deste. As narrativas dos pacientes suportam vários tipos de recortes de acordo com a proposta colocada, sendo apresentado nas oficinas apenas um conjunto de

trechos para efeito da reflexão proposta. O caso de Chiquinho não era um caso para formação ou aprimoramento do médico homeopata. Por essa razão, os médicos reconhecem nos seus discursos que não conseguiriam prescrever com os dados apresentados. Na primeira oficina com as educadoras no caso de Ana Carolina (anexo 2) não aparecem questões sociais “dramáticas” como no caso de Chiquinho o que permitiu uma discussão onde estes aspectos não foram problematizados. Por outro lado como a questão “susceptibilidade” individual, tão valorizada no escopo do corpo teórico e prático da homeopatia, aparece no caso com expressões diversas (*Carol mudou seu humor, que está daquele jeito, irritadiço como na época que começou o tratamento homeopático; que, além disso, não vem comendo direito e que o sono é uma inquietude só; Ana Carolina tem 2 irmãos de 7 e 5 anos que estão na escola e que de vez em quando também pegam piolho junto com a irmã, mas nenhum deles ficou com piolho tanto tempo*), a discussão nos mini grupos foi rica sobre este ponto. O tipo de caso clínico que virá a ser trabalhado deve caminhar em sintonia com os objetivos de cada oficina. Por outro lado os objetivos devem refletir as necessidades globais e locais que representam aspectos específicos da comunidade considerada e que ao serem problematizados podem vir a definir propostas concretas. Por outro lado deve estar declarada a intenção da metodologia da construção coletiva do conhecimento, o que significa técnicos comprometidos com a escuta e a relevância ao saber popular.

Os casos clínicos a partir de uma determinada idade dos pacientes/usuários costumam ser apresentados através de depoimentos na primeira pessoa. Como narrativas pessoais de doenças são reconhecidos como uma maneira sensível de integrar a experiência social, emocional e política de uma individualidade. Da mesma forma que aponta Vasconcelos EdM (2003), com relação ao campo da saúde mental, através do registro de narrativas é possível a apropriação de experiências dramáticas de vida dando um novo sentido a elas em um conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações integrados em um todo. Observa-se ainda a possibilidade de que outros educandos tenham contato entre si e aprendam individual e coletivamente a partir daqueles que têm outra experiência no processo de lidar com a doença naquele contexto social. É uma afirmação da experiência subjetiva humana e de seu papel como sujeito, em detrimento da autoridade

e narrativas de profissionais e especialistas que contam a história com o seu olhar. E ainda uma estratégia de mostrar como as representações sociais culturais e institucionais modelam a experiência de estar doente, denunciando os conflitos e as estruturas de poder entre usuários e as culturas institucionais de assistência, marcadas pela polarização entre passividade (dos pacientes) e atividade (pelos profissionais).

A individualidade, princípio básico do trabalho homeopático, pode ser fonte de alguns conhecimentos que seriam importantes no trabalho da educação popular e saúde. Inicialmente, pode-se considerar a questão da auto estima que muitas vezes é percebida e sentida pelos pacientes/usuários ao serem considerados na sua integralidade, valorizados em tudo que conhecem e entendem sobre sua saúde. Entretanto, a suscetibilidade que acompanha este ser individual, reconhecida pelas pessoas nas nossas oficinas (a constituição de Chiquinho diferente daquele descrita no irmão), permite não só estabelecer parâmetros que favoreçam uma boa prescrição, quando esta se torna necessária, como também fazer prognósticos que previnam alterações mais graves de saúde. Quando os médicos falam no desenvolvimento de instrumentos que favoreçam, por parte das responsáveis e/ou educadoras, o reconhecimento da vitalidade/ gravidade vital das crianças de certa maneira se está referindo à individualidade e a suscetibilidade. Trabalhar com estes conceitos, básicos para uma racionalidade médica vitalista favorece uma abordagem biológica que poderia facilmente ser utilizada pelas pessoas da comunidade e que de certa maneira contribuiria para identificação do grau de comprometimento da saúde dos envolvidos.

A utilização do caso clínico homeopático não deve ser instrumento de EPS apenas entre os usuários de homeopatia. O maior exemplo são estas oficinas apresentadas nesta pesquisa. Entretanto, sempre que utilizados em oficinas onde predominavam os usuários do serviço de atenção em saúde da ONG HAPS, as pessoas se identificavam com os relatos fornecidos durante as consultas e através desta identificação se criavam condições que possibilitavam ainda mais o trabalho realizado.

O caso clínico através das narrativas apresentadas tem uma grande importância como revelador de processos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos que permitem produzir conhecimento entre pacientes/usuários/educandos assim como formar profissionais mais sensíveis na medida que os coloca frente a situações não experimentadas por eles, mas nem por isso menos reais. Como registro das queixas relatadas sob o olhar de quem as vive e as observa, conhece, teme, traz por um lado a diversidade e complexidade de uma relação típica com relação aos fatores associados à saúde/doença, apresenta a determinação multicausal presente na saúde, assim como é um instrumento que permite que através dos contextos biológicos sociais e emocionais estampados se conheçam representações dos atores envolvidos. É possível ainda saber como as pessoas “dão conta” das adversidades e com isso aprender mais sobre a saúde das populações. É possível ao problematizar questões que representem demandas coletivas encontrar soluções conjuntas que expressem a construção de um conhecimento através do saber popular e o do saber técnico.

Com relação especificamente ao caso de Chiquinho algumas considerações se fazem necessárias. O caso foi construído a partir do olhar das educadoras mas não junto com elas. Isso fez com que se privilegiasse uma história dramática, talvez extrema, com relação ao problema demandado e não uma história representativa do que é mais comum. Avalia-se neste momento que isto tem implicações diretas sobre os discursos. Como foi dito anteriormente as mães/ avós fizeram muitas referências às suas histórias pessoais. É provável que esta tenha sido a forma encontrada de dizer “*nós não somos como a mãe de Chiquinho*”. Este caso foi tomado em detrimento das histórias mais comuns de escabiose e pediculose inicialmente porque foram casos como este que as educadoras trouxeram na nossa reunião. Pode-se pensar que elas tenham trazido justamente porque seriam considerados os mais difíceis de serem tratados, os mais rebeldes às orientações de higiene levadas por elas no dia a dia da creche e por serem estes os que mais demandariam ações conjuntas e articuladas. Posteriormente, também se considerou que este tipo de caso seria rico para a discussão da complexidade de aspectos envolvidos. Se este trabalho tivesse

acontecido sobre um caso clínico mais comum é provável que se delimitassem os aspectos apontados, porém teríamos problematizado sobre as questões que de fato afetam àquela comunidade e que mereceriam a busca de soluções. Por último, é importante dizer que este caso construído por um médico a partir do relato e do olhar das educadoras corre o risco de não corresponder totalmente a uma realidade presente naquela comunidade e que para isso deve-se buscar construir de fato o caso conjuntamente desde o início.

V.IV. ANÁLISE DO MÉTODO DSC

A escolha deste método de tabulação dos dados se deu pela possibilidade de se ter um discurso coletivo de cada grupo pesquisado. Apesar de saber que as vozes dos grupos presentes representam as falas dos diversos coletivos que coabitam a mesma comunidade, dos evangélicos, dos narcotraficantes, dos “funkeiros”, dos católicos, dos artistas, etc., ou houve a necessidade de se agregar os discursos individuais para posteriormente analisá-los. Entretanto deve-se reconhecer a limitação deste método no estudo de uma prática de EPS. Por seu caráter processual a EP deveria ser analisada como tal ou seja no processo das falas, na sua articulação e evolução, culminando na produção de idéias, opiniões e soluções. Neste sentido um método que fragmenta os resultados, apresentando as falas de forma pontual e que exclui o que se tem de particular nelas, acaba sendo inapropriado para atingir o objetivo. O que se viu neste trabalho é que as reuniões contiveram uma riqueza que não foram expressas através deste recurso, pelo contrário avalio que ficaram obscurecidas por ele. O conhecimento estruturado através do diálogo ocorrido nas oficinas não conseguiu ficar claro o suficiente. Este tipo de análise aponta para a necessidade de se pensar em pesquisas etnográficas, com diários de campo e metodologias mais participativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da produção de conhecimento em saúde as contribuições de outras racionalidades médicas que permitam uma visão mais integral do binômio saúde/ doença e que possibilitem pensar relações mais humanas com os pacientes /usuários são importantes e devem ser consideradas. Todas as práticas que se desenvolvem na área da educação em saúde estão assentadas sobre um conhecimento específico que permeia desde a concepção do conceito de saúde até as terapêuticas aplicadas. Tentamos trabalhar nesta pesquisa com a idéia de que existe outra abordagem, a racionalidade homeopática, que além de trazer contribuições no diagnóstico e terapêutica dos transtornos de saúde é capaz de problematizar e provocar reflexões sobre toda a complexidade presente na discussão sobre saúde.

A realização de um trabalho deste tipo, que se desenvolveu sobre uma demanda real e local, numa instituição que vem inaugurando uma nova parceria gerou resultados e alcançou objetivos que vão muito além do que se pretendia e propunha inicialmente. É possível realizar hoje, após todo este processo, mesmo que de forma indireta uma avaliação do trabalho educativo, dos profissionais, das relações ONG/creche e da própria instituição. Além disso estão apontadas direções dentro do campo da formação médica com e a partir da EPS, antes nunca pensados.

A Homeopatia no Brasil, através de sua história peculiar de legitimação para se afirmar nos campos do ensino médico, da prática clínica, da intervenção nos serviços de saúde e hospitais, vem enfrentando reações contrárias, por parte da medicina oficial e suas instituições, que colocam a necessidade de estabelecer estratégias que as enfrentem. Os profissionais da área de medicina, veterinária, odontologia e farmácia vêm encontrando na população seus mais firmes aliados. Estes como beneficiários das ações, têm encontrado nesta opção terapêutica respostas para a insatisfação com o modelo convencional de tratamento, para o excessivo consumo de medicamentos, para o controle das doenças crônicas, para a preferência por uma visão mais integral do processo saúde e doença, para o

encarecimento progressivo dos tratamentos alopáticos, para os efeitos colaterais indesejáveis dos medicamentos, entre outras. Entretanto, a necessidade de se criar mecanismos defensivos aos sucessivos ataques, fortalece nos profissionais homeopatas uma atitude de “fé” que impede muitas vezes que aflore a auto crítica e os questionamentos necessários ao crescimento. Outro aspecto importante que vem estruturando uma prática que poderia ser considerada limitada e limitante no exercício e na formação da mesma é a forma como os homeopatas a vem realizando pelo menos ao longo dos últimos 30 anos no Brasil. Uma pratica liberal de consultórios particulares aponta para uma série de questões que não são capazes de resolver a complexidade das demandas de nossa população.

Durante a oficina dos médicos, surgiram questões que não são da ordem dos resultados do que está sendo investigado, mas que diz respeito às bases pelas quais se acredita caminhar neste trabalho. Um aspecto importante que foi colocado, diz respeito ao papel ocupado pela ONG HAPS: *“Nós somos o ponto de vista da saúde dentro de uma comunidade, ali é a comunidade da creche e nós estamos trabalhando com a questão a saúde... pode ser até que o digamos não seja a única coisa que esteja sendo levada em conta, mas nós temos que ter uma posição como se nós fossemos o ponto de vista da saúde ali, quer dizer, temos que ter um ponto de vista propositivo para tentar dar conta do problema”*. Esta fala parece traduzir a avaliação que os médicos fazem da relação de confiança, credibilidade e especialmente de afetividade e cumplicidade entre a ONG HAPS e as creches. No entanto, também traduzem um sentimento onipotente e provavelmente ilusório quanto à capacidade que se pode ter de propor soluções para os problemas de saúde apresentados. Apesar da liberdade e criatividade que uma organização não governamental permite, vejo que a ONG HAPS ainda está muito atrelada às amarras burocráticas e funcionais institucionais. Atribuo isto em parte a ausência de experiências na área, assim como a ausência de instituições através das quais se possa balizar o que se faz.

Não posso deixar de considerar que esta posição onipotente é totalmente imprópria ao exercício da EP. Se o princípio considerado coloca que é necessário compartilhar saberes, ampliar a escuta e considerar de antemão que não existe conhecimento pronto ou acabado

como proceder com uma postura onipotente de quem já sabe qual a solução? O exercício da humildade é talvez a maior sabedoria aqui.

A experiência da prática de saúde exercida na ONG HAPS apresenta determinadas características que a diferenciam daquela exercida no serviço público e que por isso levantam novas questões. Uma dos aspectos mais relevantes é com relação à própria população atendida e seu relacionamento com os profissionais. Ao contrário dos serviços públicos, a demanda não é espontânea. As creches, guiadas pelo critério do adoecimento recorrente das crianças, conversam com os responsáveis e os encaminham ao nosso serviço. Desta forma, muitas pessoas chegam lá sem saber exatamente o que vão encontrar. Outras conhecem famílias que já nos freqüentam e assim trazem queixas ampliadas que passam pelos comportamentos alterados, as emoções e funções orgânicas, que não a da queixa principal, desarmonizadas. Como em ocasião anterior, tivemos a oportunidade de saber que a maioria das pessoas deste grupo social desconhecia a homeopatia (Pagliaro, 2001), tem sido interessante saber de que forma o nosso trabalho tem chegado e tem sido transmitido às pessoas. Porém, a observação é mais rica no grupo que chega sem referências prévias da homeopatia e do trabalho realizado no serviço da ONG. São pessoas que vêm acostumadas a consultas médicas rápidas, restritas às queixas do momento. Ao perceberem que suas consultas têm hora marcada, que duram em média uma hora, que o médico quer (e precisa) saber não apenas aquilo que os preocupa naquele momento nos seus filhos e sim toda a manifestação orgânica do corpo e da mente, há como que um relaxamento e temas que perpassam a família como um todo são trazidos. Problemas como alcoolismo dos pais, drogas com outros filhos e membros da família, violência local e doméstica, problemas sociais que implicam na saúde das pessoas da casa, desemprego, são facilmente relatados e muitas vezes relacionados espontaneamente à saúde da criança atendida.

Nossos laços afetivos com essas pessoas vem sendo construídos naturalmente através destes encontros. Além disso, o trabalho desenvolvido através das atividades de EPS vem permitindo uma aproximação com a comunidade para além dos consultórios, o que favorece o estreitamento das relações afetivas e o conhecimento das necessidades.

Nesse aspecto pode-se falar da limitação da relação médico paciente mesmo considerando as particularidades desta dentro da homeopatia. No consultório some o ser humano e aparece o mito, que tem o poder da cura, o poder sobre a dor do outro. Isso é carregado de muito poder, é quase que “sagrado”, como aponta Vasconcelos (1999).

O trabalho educativo através de oficinas acontece mensalmente, como já foi mencionado anteriormente, e na maioria das vezes, a não ser em situações específicas quando fomos impedidos de subir o morro por determinação do poder do narcotráfico local, acontece no espaço cedido pela creche. A presença é variável e tem sido difícil manter um grupo relativamente fixo. A impressão que temos é que as pessoas vão com a expectativa de receber informações prontas e talvez pela exaustão, referida por Valla (1993) e já comentada neste trabalho se decepcionam quando são convidadas à reflexão e à participação. Esta impressão pode, no entanto, ser equivocada e a ausência ou “apatia” pode ter como base outra questão. Oliveira (2000: 163,164) discutindo esta questão diz:

“...é mais seguro arriscar tendo como referência o conhecimento construído pela experiência de vida e a rede de relações que oferecem suporte social, do que arriscar tendo como referência a informação do estranho, que apesar de afirmar que o reconhece como legítimo produtores de conhecimento, sequer se sabe se estará presente quando o “circo pegar fogo””.

Outras questões importantes que esta autora discute no âmbito do relacionamento entre profissionais e classes populares e que se colocam quando o assunto é a “apatia” são a diferenças na concepção de tempo e as diferentes racionalidades. É mais uma vez reforçada a proposta de conhecer as diversas lógicas que estão em jogo.

O contato que nós como profissionais e técnicos viemos estabelecendo com estas pessoas está pleno de afeto e confiança. Uma confiança que vem sendo construída através das vivências, mas principalmente através do respeito e cumprimento dos compromissos planejados. Para Oliveira (2000) o ponto de partida não é a “capacitação técnica”, mas sim

o estabelecimento de uma “rede social de apoio”, uma rede de convivência onde a razão e a paixão, conflito e solidariedade, caminham lado a lado e a capacitação técnica será uma de suas conseqüências:

Portanto, não se trata de “conscientizar”, “educar”, “despertar” ou “sensibilizar” a população, como pretendem os programas oficiais de educação em saúde e muitos outros. Não se trata, também, de apenas identificar carências, mas de valorizar os sujeitos naquilo que tem de melhor, sua história, seu tempo – a sua capacidade de criação. O que nos faz agir no mundo não é só o que nos falta (carência), mas principalmente o que temos disponível (desejo, sonhos, projetos).

(Oliveira, 2000: 172, 173)

Desde o início deste trabalho em 1999 até os dias de hoje, numa culminância que está expressa nesta pesquisa posso dizer que o maior ganho foi descobrir o processo do conhecer pela abordagem ativa e consciente da subjetividade e perceber que produzir conhecimento nesta dimensão, que perpassa a educação popular só é possível se nos permitimos e nos aceitamos com todos os nossos sentimentos e nossos afetos. É um grande aprendizado conjugar estas emoções com a sistematização, a crítica e a consciência que nos é exigida pela ciência. Por algumas vezes um desafio. As metodologias e estratégias desenvolvidas no campo da educação em saúde ainda “engatinham” ao tentar incorporar estas dimensões, o que a meu ver compromete os resultados das ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, R. O., 1984. *Educação em Saúde: Reflexões sobre a Arte do Diálogo Amoroso entre Enfermos e Homeopatas*. Dissertação de tese de mestrado em Educação, Rio de Janeiro: IESAE/FGV.
- ANEPS, 2004. Relatório da pesquisa “*Perfil dos movimentos e práticas em educação popular e saúde no Brasil, 2003*”. Mimeo. Brasília: ANEPS/MS
- ARROYO, M., 2002. *Educação e exclusão da cidadania* in Educação e Cidadania: quem educa o cidadão? (Ester Buffa org.). São Paulo: Cortez (Coleção Questões da Nossa Época).
- AUSUBEL, D. P., NOVAK J. D., HANESIAN H., 1980. *Psicologia educacional*. Rio de Janeiro: Inteamericana.
- BARBOSA, G. M., 2000. *A Narrativa como Eixo Cognitivo da Homeopatia*. Dissertação de tese de mestrado em Medicina Social, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- BERLINGUER, G., 1988. *A Doença*. São Paulo: Hucitec.
- BIOLCHINI, J. C, LUZ, M.T, FERREIRA, M.V., ZIBECHI, M. E, 1987. As práticas alternativas na reformulação do sistema de saúde. Contribuição para a VII Conferência Nacional de Saúde. In: *A questão da homeopatia* (M. T. LUZ, org.) Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz
- BORDENAVE J.D.& PEREIRA A. M., 2001. *Estratégias de Ensino – Aprendizagem*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

BOURDIEU, P., 1983. Esboço de uma teoria na prática In: *Pierre Bourdieu: Sociologia* (R. Ortiz,org.). São Paulo: Ática.

BRANDÃO, C. R., 1983. *Casa da escola*. Campinas: Papirus.

BRANDÃO, C. R., 2001. A Educação Popular na Área da Saúde In: *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde* (org: E. M. Vasconcelos). São Paulo: Hucitec.

BRICEÑO-LEÓN R., 1996. Siete tesis sobre la educación sanitária para la participación comunitária. In: *Cadernos Saúde Pública* 12 (1): 7-30. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz.

CAMARGO Jr., K. R., 1997. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública no Rio de Janeiro. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 149:5-13.

CAMARGO Jr., SABINO, C., CONTE, F.T., MARTINEZ, D.S., LUZ, M.T., 1998. Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais na rede pública do Rio de Janeiro. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n.168. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

CAMPELLO, M.F., 2001. *Relação Médico-Paciente na Homeopatia: convergência de representações e prática*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

CANESQUI, A.M., 1984. Trajetória da Educação Popular nas Instituições Estaduais De Saúde. In: *Perspectivas e Dilemas da Educação Popular* (V. Paiva org.). Rio de Janeiro: Edições Graal.

CANGUILHEM, G., 1981. *O Normal e o Patológico*, Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CAPRA F., 1990. Alfabetização Ecológica: o desafio para a educação do século 21. In: *Nosso futuro comum - O Relatório Brundtland*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.

CARDOSO DE MELO J. A.A., SCHRAMM F. R., 1993. Educação: Razão e paixão. In: *Educação: Razão e Paixão*. Rio de Janeiro: ENSP.

CARVALHO, M.A.P., ACIOLI S. & STOTZ, E. N., 2001. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde* (E. M. Vasconcelos org.) São Paulo: Hucitec.

CASTELLANOS, P.L., 1990. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. In: *Boletim Epidemiológico* 10 (4): 25-31. Organização Pan-americana de saúde.

CASTELLANOS, P.L., 1997. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: *Condições de Vida e Situação em Saúde*, Rita Barradas Barata (org.), Rio de Janeiro: ABRASCO.

CHAUÍ, M., 2000. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Cortez.

CHAUÍ, M., 2002. *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática.

CLOSE, S., 1993. O Exame do Paciente. In: *Selecta Homeopathica*, nº1:32-43, Rio de Janeiro: GEHJTK.

- COSTA B. B., 1977. *Para analisar uma prática de EP*. Educação Popular CEI, suplemento 17: 2-25. Rio de Janeiro: Tempo e Presença.
- COSTA, M. V., 1998. Ciência e Educação Popular (coment.). In: *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Edições Loyola.
- COSTA, N. R., 1984. A “*politização*” da saúde. In: *Perspectivas e Dilemas da Educação Popular* (V. Paiva org.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- CUNHA, M. A. V., 1973. *Didática Fundamentada na Teoria de Piaget: a nova metodologia que veio revolucionar o ensino*. 2^a ed, Rio de Janeiro: Forense.
- DEMO, P., 1996. *Política social, educação e cidadania*. 2^a. Ed, Campinas, SP: Papyrus.
- DOIMO, A. M., 1995. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-7*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ANPOCS.
- ELIAS, N., 1997. *A Sociedade dos Indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY (EEAN) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ), 2002. *Relatório das atividades desenvolvidas na comunidade Morro dos Cabritos*. Rio de Janeiro. Mimeo.
- ESTRÊLA W. L., TORRES, C.H. D. A., 1997. *Avaliação do 1º. ano do serviço de homeopatia do SUS de Juiz de Fora*. In: VI Simpósio Nacional de Pesquisas Institucionais de Homeopatia e Encontro Internacional de Pesquisa em Homeopatia. São Paulo, SP.
- EVANGELISTA O. P., & SAMPAIO F., 2003. *O papel da medicina natural e das práticas complementares de saúde na consolidação dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira*. Brasília. Mimeo.

FLEURI, R. M., 2001. Educação Popular e Complexidade. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde* (E. M. Vasconcelos org.) São Paulo: Hucitec.

FOUREZ, G., 1995. *A construção das ciências: introdução à filosofia e à ética das ciências*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista

FONSECA, A. V., 2003. Relatório da avaliação das crianças da campanha até dezembro de 2002. Mimeo.

FOUCAULT, 1998. O nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 13^a ed.

FREIRE, P., 1970. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

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

FREIRE, P., 2002. *Educação e atualidade brasileira*. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire

HAHNEMANN, S., 1978. *Organon del Arte de Curar* (6^a ed), Buenos Aires: Albatros.

HAHNEMANN, S., 1982. *The Chronic Disease: (theoretical part)*. New Delhi: Jain Publishing Co.

IPEA, 2002. *Mudanças nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares entre 1978 e 1998*. Brasília: IPEA.

JAHN, G.H.G., 1987. *A Prática da Homeopatia: Princípios e Regra*. Rio de Janeiro: Grupo de Estudos Homeopáticos James Tyler Kent.

JIMÉNEZ, M.R. M., 1989. *Educação popular: pedagogia e dialética*. Ijuí:UNIJUÍ.

KING, Y., 1997. Curando as feridas: feminismo, ecologia e dualismo natureza/cultura. In: *Gênero, Corpo e Conhecimento* (Alison M Jagger e Susan R. Bordo, orgs.). pp: 127-153. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Ventos.

LACERDA A., 2002. *Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde pública/ Fiocruz.

LAÍN ENTRALGO, P., 1978. *História de la Medicina*. Barcelona: Masson, S.A.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE A. M. C, TEIXEIRA, J. J. V., 2000. *O Discurso do Sujeito Coletivo- Uma nova abordagem metodológica em Pesquisa Qualitativa*, Caxias do Sul: EDUCS.

LOBO, E.F., 1984. *Desafios na relação Profissional/População* in Saúde e Educação Popular (org. Nova) Cadernos de Educação Popular 7 Petrópolis, RJ: Vozes/Nova.

LOVISOLO, H., 1990. *Educação popular : maioria e conciliação*. Salvador: UFBA/ Empresa gráfica da Bahia.

LOYOLA, M. A., 1987. Estudo antropológico da prática homeopática no Rio de Janeiro: 1983-1985. In: *A questão da homeopatia* (M. T. LUZ, org.). Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz.

- LUZ, M. T., 1996 (b). *A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças: História Social da Homeopatia no Brasil*, São Paulo: Dynamis Editorial.
- LUZ, M. T., 1993. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n.º 62, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LUZ, M. T., 1996. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no país*. São Paulo: Dynamis Editorial.
- LUZ, M. T., 1997. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº136, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LUZ, M. T., 1997. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 7:13-43.
- LUZ, M. T., 1998. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº167, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LUZ, M.T., 2003. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: Estudo sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais*. São Paulo: Hucitec.
- LUZ, M.T., 1993. Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº 62, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LUZ, S.H. & CAMPELLO M.F., 1996. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº136, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- MARIM, M., 1997. Porque a homeopatia incomoda. *Correio Popular*, São Paulo, 30 nov.

- MATURANA, H. R. & VARELA, F. J., 2001. *A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*, São Paulo: Palas Athena 2^a ed.
- MATURANA, R. H., 2002. *emoções e Linguagem na Educação e na Política*. trad: José Fernando Campos Fortes, Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- MINAYO, M. C. S., 1988. Saúde – Doença: Uma concepção popular da Etiologia. In: *Cadernos de Saúde Coletiva*, 4(4) : 363-381. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz.
- MINAYO, M. C. S., 1999. Prefácio In: *Sobre a Sociologia da Saúde* (Everardo Duarte Nunes org.) p.11-16. São Paulo: Hucitec.
- MORIN, E., 1996. *Ciência com Consciência*, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- MORIN, E., 1999. *O paradigma Perdido: a natureza humana*. Portugal: Publicações Europa-América.
- MURAHOVSKI, J., 2003. *Pediatria: Diagnóstico + Tratamento*. São Paulo: Sarvier.
- NASCIMENTO, M., 2000. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº199, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- NEGHME A., & DIAZ, R. S., 1975. Enseñanza de la medicina In: *História Universal de la Medicina* (P. Lain Entralgo, org.) vol.7 Barcelona: Sabat Ed.
- NOVAES A. R., 2002. A satisfação dos usuários do Centro de Referência em Homeopatia - Vitória/ES. In: Congresso Brasileiro de Homeopatia. Natal, RN.
- NUNES, E. D., 1999. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec.

- OLIVEIRA, R. M., 1998. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública* 14 (sup.2): 69-78. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- OLIVEIRA, P. S., 1999. Vidas compartilhadas: cultura e co-educação de gerações na vida cotidiana. São Paulo: Hucitec: Fapesp.
- OLIVEIRA, R. M., 2000. *A Produção de conhecimento em saúde em escala local: repensando a relação entre investigação científica e a experiência dos grupos populares*. Tese de doutoramento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- PAGLIARO, G., E., 2001. *Caso Clínico e Anamnese Homeopáticos na Construção de Uma Prática de Educação Popular Em Saúde*. Monografia da disciplina de Educação e Saúde, do Curso de Especialização em Educação e Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO N., 2000. *A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora.
- PAIVA, V., 1984. Introdução. In: *Perspectivas e Dilemas da Educação Popular* (V. Paiva org.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- PASCHERO, T. P., 1983. *Homeopatia*. Buenos Aires: El Ateneo.
- PIAGET, J. & INHELDER, B., 1960. *A Psicologia Da Criança*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- PIAGET, J., 1972. *Psicologia e Pedagogia*. Rio de Janeiro - São Paulo: Companhia Editora Forense.
- PIAGET, J., 1973. *Para Onde vai a Educação?* Rio de Janeiro: José Olympio/UNESCO.

PINEAULT, R. & DAVELUY C., 1989. *La planificación Sanitária: Conceptos, Metodos, Estratégias*. Barcelona: Masson, S. A y Salud y Gestión 2ª. Ed.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 1999. Favela Morro dos Cabritos - Diagnóstico. In: *Projeto de Urbanização e Infra estrutura da Favela do Morro dos Cabritos*. Rio de Janeiro: Empresa Municipal de Informática e Planejamento S.A / Secretaria Municipal de Habitação.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 1999. Favela Morro dos Cabritos - Diagnóstico. In: *Projeto de Urbanização e Infra estrutura da Favela do Morro dos Cabritos*. Rio de Janeiro: Empresa Municipal de Informática e Planejamento S.A / Secretaria Municipal de Habitação.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2000. *Plano de Ação Social Integrada Simplificado/ Comunidade Morro dos Cabritos*, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Habitação/ Secretaria Municipal de Trabalho/ Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. (*mimeo*)

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2002. Relatório da II Oficina de Educação Popular e Saúde, São Paulo (*mimeo*).

ROGOFF B., 1998. Observando a atividade sociocultural em três planos: apropriação participatória, participação guiada e aprendizado In: *Estudos socioculturais da mente* (J. V WERTSCH, P. DELRIO, A. ALVAREZ, org.). Porto Alegre: Artmed.

ROSEN G., 1983. A Evolução da Medicina Social. In: *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos* (E.D. Nunes org) pp25-82. São Paulo: Global Editora.

ROSENBAUM, P., 2000. *Homeopatia: Medicina Interativa, História Lógica da Arte de Cuidar*, Rio de Janeiro: Imago.

ROSENBAUM, P., 2001. Uma arqueologia da prática homeopática. (*mimeo*).

SARCINELLI LUZ, H., 1993. Racionalidades Médicas: A Medicina Homeopática. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*, nº 64, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

SCHROEDER, S.,A. & MC PHEE, S.,J., 1995. Relacionamento com o Paciente; manutenção da saúde e prevenção da doença; princípios de uso e seleção para teste diagnóstico; sintomas comuns. In *Diagnóstico & Tratamento* (L. M. Tierney Jr. Org). São Paulo: Atheneu.

SOUZA, E., 2001. Educação popular e saúde: cidadania compartilhada. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde* (Eymard Mourão Vasconcelos org.) São Paulo: Hucitec.

SPINK M.J.P. & LIMA H., 2000. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez

STOTZ, E. N., 1993. Enfoques sobre Educação em Saúde. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática* (V.V. Valla & E. N. Stotz.orgs), Rio de Janeiro: Relume- Dumará.

STRUCHINER, M., REZENDE, F., 1998. Uma proposta de modelo para ensino baseado em Casos para um ambiente de EAD. Rio de Janeiro: NUTES/UFRJ (artigo de apoio à Oficina de Planejamento do Programa de EAD em Gestão Rescentralizada de RH em Saúde nas Reformas Setoriais).

TRIVIÑOS, A.N.S., 1987. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.

TRONTO, J. C. ,1997. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?. In: *Gênero, Corpo e Conhecimento* (Alison M. Jagger e Susan R. Bordo orgs.). pp 187-203, Ro de Janeiro: Record: Rosa dos Ventos.

VALLA, V.V.,1993. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços de educação e saúde. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática* (V.V. Valla & E. N. Stotz, orgs), pp. 91-104, 2ed., Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

VALLA, V. V., 1993. Educação Popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática* (V. V. Valla & E. N. Stotz, orgs.), pp 105-116, 2ed., Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará.

VALLA, V. V., 1998. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. In: *Cadernos de Saúde Pública* 14 (sup.2): 7-18. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.

VALLA, V.V., 2001. *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A.

VASCONCELOS, E. M., 1998. Educação Popular como Instrumento de Reorientação das Estratégias de Controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias. In: *Cadernos de Saúde Pública* v. 14 (sup.2): 39-58. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz.

VASCONCELOS, E. M., 1999. *Educação Popular e atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

VASCONCELOS, E. M., 2001(a). Redefinindo as Práticas de Saúde a partir da Educação Popular nos Serviços de Saúde (introdução). In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos:*

Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde (Eymard Mourão Vasconcelos org.)
São Paulo: Hucitec.

VASCONCELOS, E. M., 2001(b). Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde* (E. M. Vasconcelos org.) São Paulo: Hucitec.

VASCONCELOS, Ed. M., 2003. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus – (Alternativa).

VITAL BRAZIL C. N., 1993. Educação e Desejo. In: *Educação: Razão e Paixão* (Cardoso De Melo J. A.A., Schramm F. R. orgs.). Rio de Janeiro: ENSP.

WERTSCH, J. V., DELRIO, P., ALVAREZ, A., 1998. *Estudos socioculturais da mente*.
Porto Alegre: Artmed.

WONG UN J. A., 2002. *Visões de Comunidade na Saúde: Comunalidade, Interexistência, e Experiência Poética*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz

ANEXO I

A HOMEOPATIA NO SUS

1977 – Organização Mundial de Saúde (OMS): recomenda a implantação das práticas não-convencionais de saúde em todos países membros.

1979 – Reconhecida como Especialidade Médica pela Associação Médica Brasileira (AMB).

– Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB).

1980 – Reconhecida como Especialidade Médica pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

1985 – Início da institucionalização no serviço público: celebrado convênio entre o INAMPS, FIOCRUZ, UERJ e IHB.

1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde: proposta de inserção das práticas alternativas de saúde nos serviços públicos.

1988 – Resolução Nº 04/88 da CIPLAN: fixa norma e diretrizes para o atendimento homeopático nos serviços públicos de saúde.

1990 – Criada a Comissão de Saúde Pública (CSP) da AMHB.

1993 – 1º Fórum Nacional de Saúde Pública da AMHB.

1996 – X Conferência Nacional de Saúde: recomenda a incorporação da Homeopatia e outras terapias alternativas no SUS.

1999 – Inclusão das consultas homeopáticas na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

2002 – Organização Mundial da Saúde (OMS): elabora documento que propõe objetivos a serem alcançados pelos países membros, no sentido da integração das Medicinas Naturais e Tradicionais nos Sistemas Nacionais de Saúde.

ANEXO II

CASO CLÍNICO ANA CAROLINA

A Dra Regina recebeu no ambulatório da ONG HAPS Ana Carolina, sua paciente desde 2001. A criança, agora com 3 anos, vem, segundo sua mãe, apresentando infestação por piolhos de forma repetida há 6 meses, exatamente desde que a mãe precisou trabalhar e colocou a criança na creche. Rosa nos conta que apesar de Carol ter melhorado muito da tosse, do catarro e das febres, que a faziam tomar antibióticos de 15 em 15 dias, esse problema de piolho tem sido uma “praga” para a menina e para o resto da família. *É “Kwell”, é “Escabin”, “loção piolhida” da farmácia homeopática, cada hora um remédio, mas sem resolver de fato o problema. Pente fino é todo dia. E olha que a mãe aprendeu a trançar (na oficina da ONG com as mães) o pente, como forma de “pegar” as lêndeas. Mas mesmo que Rosa a mantenha em casa durante o tratamento e ela retorne à creche sem uma lêndeia sequer e só entrar em contato com as outras crianças, que talvez não sejam cuidadas como Rosa que volta tudo de novo.*

Como é próprio do atendimento homeopático após a mãe de Rosa falar sobre o problema que a aflige no momento, a Dra. Regina perguntou sobre outras queixas e se ela havia notado outras modificações em Carol durante este período. Foi aí que Rosa lembrou (ela sempre esquece que com homeopatia é diferente e que é importante falar tudo que acontece com a criança) que *Carol mudou seu humor, que está daquele jeito, irritadiço como na época que começou o tratamento homeopático; que, além disso, não vem comendo direito e que o sono é uma inquietude só.*

Agora tem mais uma coisinha interessante que Rosa falou e que seria importante dizer. Ana Carolina tem 2 irmãos de 7 e 5 anos que estão na escola e que de vez em quando também pegam piolho junto com a irmã, mas nenhum deles ficou com piolho tanto tempo. A mãe trata, passa o pente e pronto, mesmo que eles fiquem junto da irmã demora que o piolho faça “ninho” na cabeça deles de novo.