



 **interface**

comunicação saúde educação

2015; 19(55)

ISSN 1807-5762

UNESP

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas. Dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação is an interdisciplinary, quarterly publication of Unesp - São Paulo State University (Laboratory of Education and Communication in Health, Department of Public Health, Botucatu Medical School and Botucatu Biosciences Institute), focused on Education and Communication in the healthcare practices, Health Professional Education (Higher Education and Inservice Education) and the interface of Public Health with Philosophy and Human and Social Sciences. Qualitative research is emphasized.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Medicas, e Instituto de Biociencias, campus de Botucatu), destinada a la Educación y la Comunicación en las practicas de salud, la formación de los profesionales de salud (universitaria y continuada) y a la Salud Colectiva en su articulación con la Filosofía y las Ciencias Humanas y Sociales. Enfatiza la investigación cualitativa.

EDITORES/EDITORS/EDITORES

Antonio Pithon Cyrino, Unesp
Lilia Blima Schraiber, USP

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR

Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORAS ASSISTENTES/ ASSISTENT EDITORS/ EDITORAS ASSISTENTES

Denise Martin Covielo, Unifesp
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES DE AREA/ÁREA EDITORS/EDITORES DE ÁREA

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Janine Miranda Cardoso, FioCruz
Maria Antônia Ramos Azevedo, Unesp
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Sívio Yasui, Unesp
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITORA DE RESENHAS/ REVIEWS EDITOR /EDITORA DE RESEÑAS

Francini Lube Guizardi, Fiocruz

EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREACIÓN

Elisabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP

Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación

Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Paula Carpinetti Aversa, USP
Renata Monteiro Buelau, USP

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA

Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO

Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual

Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Identidade visual/Visual identity/Identidad visual

Érica Cezarini Cardoso, Designio Ecodesign

Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica

Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL

Assistente administrativo/Administrative assistant/Asistente administrativo

Juliana Freitas Oliveira

Normalização/Normalization/Normalización

Enilze de Souza Nogueira Volpato

Luciene Pizzani

Rosemary Cristina da Silva

Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos

Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potugués)

David Elliff (Inglês/English/Inglés)

María Carbajal (Espanhol/Spanish/Español)

Web design

IDETEC

Manutenção do website/Website support/

Manutención del sitio

Nieli de Lima

Capa/Cover/Portada: Rodolfo Nascimento e Ronald Cardoso, Trapiche de cenário típico ribeirinho amazônico (Ilha de Tem-tem, Cametá, PA), 2015.

Rodolfo Nascimento e Ronald Cardoso, Idosa ribeirinha durante o tradicional banho de rio (Ilha Gama, Cametá, PA), 2015



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2015; 19(55)
Botucatu, SP: UNESP

Trimestral
ISSN 1807-5762

1. Comunicação e Educação 2. Educação em Saúde
3. Comunicação e Saúde 4. Ciências da Educação
5. Ciências Sociais e Saúde 6. Filosofia e Saúde
I UNESP

Filiada à



Associação Brasileira de
Editores Científicos

1019 editorial**dossiê**

- 1027 Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica
Mariana Sato; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 1039 Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica
Livia Zanchet; Analice de Lima Palombini; Silvio Yasui
- 1051 Arte y Salud: algunas reflexiones para profundizar las potencialidades de análisis del campo
Gabriela Wald

artigos

- 1063 *Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas*
Mariana Sanmartino; Andrea Avaria Saavedra; Jordi Gómez i Prat; Ma. Cristina Parada Barba; Pedro Albajar-Viñas
- 1077 Narrativas da experiência de pais de crianças com fibrose cística
Selene Beviláqua Chaves Afonso; Romeu Gomes; Rosa Maria de Araujo Mitre
- 1089 As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil
Selma Maria da Fonseca Viegas; Cláudia Maria de Mattos Penna
- 1101 A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão
Mayara Lima Barbosa; Suely Deysny de Matos Celino; Gabriela Maria Cavalcanti Costa
- 1109 Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação
Rozânia Bicego Xavier; Claudia Bonan; Kátia Silveira da Silva; Andreza Rodrigues Nakano
- 1121 Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro
Leandro David Wenceslau; Francisco Ortega
- 1133 Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico
Bárbara Souza Rodriguez Covelo; Maria Inês Badaró-Moreira
- 1145 Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil
Claudia Mora; Simone Monteiro; Carlos Otávio Fiúza Moreira

- 1157 Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS
Fabio Hebert da Silva; Maria Elizabeth Barros de Barros; Cátia Paranhos Martins
- 1169 Casais de mesmo sexo e parentalidade: um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas
Camila Vitule; Marcia Thereza Couto; Rosana Machin
- 1181 Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde
Stella Regina Taquette; Adriana de Oliveira Rodrigues
- 1193 A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia
Franciele Roberta Cordeiro; Maria Henriqueta Luce Kruse
- 1207 A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina
Anaísa Caparroz Duarte; Débora Vieira de Almeida; Regina Célia Popim
- 1221 Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde
Carolina Milena Domingos; Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes; Brígida Gimenez Carvalho

espaço aberto

- 1233 Avaliação externa no Ensino Superior na área da saúde: inquietações e a dimensão das margens
Simone Édi Chaves; Ricardo Burg Ceccim
- 1423 Historia de la salud argentina y latinoamericana: una experiencia innovadora en la carrera de Medicina
Laura Sacchetti; Marcela Beatriz Belardo
- 1253 Las necesidades sociales como eje de la formación médica
Jaime Arturo Gómez Correa; Liliana Villa Vélez; Miglena Kambourova

entrevista

- 1263 Formação de agentes de saúde como instituinte de novos modos de cuidado nos sistemas de saúde e proteção social na Europa: entrevista com Xavier Baylac e Fantxoá Hastaran
Túlio Batista Franco

1273 livros**1279 teses****criação**

- 1287 O modo de vida do idoso ribeirinho amazônico em imagens e linguajar cultural
Rodolfo Gomes do Nascimento; Ronald de Oliveira Cardoso; Zeneide Nazaré Lima dos Santos; Denise da Silva Pinto; Celina Maria Colino Magalhães

1023 **editorial**

dossier

- 1027 Art and humanization of health practices in a primary care unit
Mariana Sato; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 1039 "Receituário Mais que Especial": an urban intervention for thinking of art and research within the context of psychiatric reform
Livia Zanchet; Analice de Lima Palombini; Silvio Yasui
- 1051 Arts and health: some thoughts for deepening the potential of analysis in this field
Gabriela Wald

articles

- 1063 *Do not be afraid of us: Chagas disease as explained by people affected by it*
Mariana Sanmartino; Andrea Avaria Saavedra; Jordi Gómez i Prat; Ma. Cristina Parada Barba; Pedro Albajar-Viñas
- 1077 Narratives of the parents' experience of children with cystic fibrosis
Selene Beviláqua Chaves Afonso; Romeu Gomes; Rosa Maria de Araujo Mitre
- 1089 The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil
Selma Maria da Fonseca Viegas; Cláudia Maria de Mattos Penna
- 1101 The Family Health Strategy in the supplementary sector: adoption of the primary care model in a self-management company
Mayara Lima Barbosa; Suely Deysny de Matos Celino; Gabriela Maria Cavalcanti Costa
- 1109 Healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy
Rozânia Bicego Xavier; Claudia Bonan; Kátia Silveira da Silva; Andreza Rodrigues Nakano
- 1121 Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context
Leandro David Wenceslau; Francisco Ortega
- 1133 Links between family and mental health services: family members' participation in care for mental distress
Bárbara Souza Rodriguez Covelo; Maria Inês Badaró-Moreira
- 1145 Education, practices and paths of counselors at HIV testing centers in Rio de Janeiro, Brazil
Claudia Mora; Simone Monteiro; Carlos Otávio Fiúza Moreira

- 1157 Experimentations and reflections on institutional support within healthcare: study starting from HumanizaSUS
Fabio Hebert da Silva; Maria Elizabeth Barros de Barros; Cátia Paranhos Martins
- 1169 Same-sex couples and parenthood: a look at the use of reproductive technologies
Camila Vitule; Marcia Thereza Couto; Rosana Machin
- 1181 Homosexual experiences of adolescents: considerations for healthcare
Stella Regina Taquette; Adriana de Oliveira Rodrigues
- 1193 Production of an end-of-life curriculum vitae through the pedagogical apparatus of the media
Franciele Roberta Cordeiro; Maria Henriqueta Luce Kruse
- 1207 Death within the medical undergraduate routine: students' views
Anaísa Caparroz Duarte; Débora Vieira de Almeida; Regina Célia Popim
- 1221 Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers
Carolina Milena Domingos; Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes; Brigida Gimenez Carvalho

open space

- 1233 Higher Education external evaluation in the health area: concerns and the size of margins
Simone Edi Chaves; Ricardo Burg Ceccim
- 1423 History of healthcare in Argentina and Latin America: an innovative experience in the medical course
Laura Sacchetti; Marcela Beatriz Belardo
- 1253 Medical education based on social needs
Jaime Arturo Gómez Correa; Liliana Villa Vélez; Miglena Kambourova

interview

- 1263 Health workers education as instituting of new modes of care in health systems and social protection in Europe: interview with Xavier Baylac e Fantxoia Hastaran
Túlio Batista Franco

books

theses

creation

- 1287 The lifestyle of Amazon's riverine elderly in images and cultural language
Rodolfo Gomes do Nascimento; Ronald de Oliveira Cardoso; Zeneide Nazaré Lima dos Santos; Denise da Silva Pinto; Celina Maria Colino Magalhães

Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas

Para curar a subjetividade contemporânea, dopada e em vias de petrificação, seria preciso que receitássemos poesia como se receitam vitaminas. É o que escreveu Felix Guattari¹ no livro que publicou com Suely Rolnik, *Micropolíticas: cartografias do desejo*, afirmando, assim, a poesia, a sensibilidade e a criação artística como ferramentas privilegiadas de produção de saúde em nosso tempo.

Os atravessamentos entre a produção cultural e as práticas em saúde têm, no Brasil, uma longa história. Já na década de 20 do século passado, enquanto Mário de Andrade escrevia um livro intitulado *Namoros com a Medicina*, o psiquiatra Osório César publicava críticas de arte nos jornais. Algum tempo depois, Nise da Silveira estimulava e produzia a primeira montagem de um texto de Artaud no Brasil, dentro de um Hospital Psiquiátrico; enquanto o crítico de arte Mário Pedrosa desenvolvia a ideia de que a principal finalidade de uma ocupação artística persistente e sistemática não é a produção de obras-primas. O mais importante, dizia ele, é o que adquire com tais atividades a pessoa que as realiza, o que essas atividades produzem numa vida².

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, com a abertura política, as relações entre arte e saúde sofreram um novo impulso no Brasil. O fortalecimento dos movimentos democráticos e, em particular, o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), modificaram a compreensão de saúde, que passou a ser entendida como direito fundamental. Esta transformação instaurou um campo de práticas inovadoras, fortalecendo ações interprofissionais e intersetoriais, e envolvendo a vida cotidiana das comunidades. Em consonância com essas conquistas, a organização das pessoas com deficiências reivindicou e buscou assegurar oportunidades de acesso para o exercício dos potenciais criativo, artístico e intelectual de todos os cidadãos.

No âmbito da saúde mental, os novos modos de atenção criados no contexto da Reforma Psiquiátrica contribuíram para o fortalecimento de práticas no campo sociocultural, ao proporem uma clínica voltada para a potencialização da vida. Inventar novos modos de viver e novas sensibilidades implicou exercícios estéticos e uma articulação potente com o campo das artes e da cultura, dando lugar a um variado número de experiências culturais, artísticas e de lazer viabilizadas por meio de políticas intersetoriais.

É importante, ainda, apontar que, a partir da década de 1990, foram criados, nas cidades de São Paulo, Santos e Campinas, os Centros de Convivências. Em São Paulo, a proposta dos CECCOs (Centros de Convivência e Cooperativa) previa uma articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde, Cultura e Esporte, e os Parques e Áreas Verdes da cidade. Abertos ao público em geral, esses serviços persistem até a atualidade e recebem também encaminhamentos de unidades de saúde, buscando promover a convivência por intermédio da participação em grupos, oficinas e ateliês de práticas artísticas e corporais.

No início dos anos 2000, o campo da cultura também sofreu deslocamentos importantes. As políticas públicas culturais passaram a incluir, em sua pauta, a diversidade e a participação ativa na vida cultural como direito, favorecendo a criação de novos debates e o desenvolvimento de ações em parceria com o campo social e da saúde. O papel do Estado foi, com isso, recolocado como potencializador da força criativa já existente em cada canto do país, especialmente, nas áreas de maior vulnerabilidade e risco social, apoiando-se sobre os eixos da criação e expressão, livre acesso, difusão e participação nas decisões de política cultural³.

Em decorrência desses fatores, há atualmente, no Brasil, uma marcada presença de ações culturais, atividades artísticas e práticas corporais que dinamizam o campo da saúde, e, ao mesmo tempo, intensificam a produção de saúde em espaços tradicionalmente não designados para este fim. Essas atividades compõem o conjunto de estratégias voltadas para: a construção de projetos de vida, a invenção de outras formas de participação social, promoção de espaços de troca e experimentação de modos inusitados de produção de valor⁴. Trata-se de composições complexas que mobilizam processos de inclusão/exclusão social e provocam aberturas na malha expressiva e comunicacional, em constante reconfiguração. Novas conexões vinculares e culturais de certos grupos emancipam modos de ver, falar, pensar e agir que renovam relações e afetos; instauram e reivindicam uma concreta partilha do sensível, usando a expressão de Rancière⁵, que ressoam nas experiências socioculturais da vida coletiva.

Essa aproximação entre as artes, a saúde e a cultura fez emergir um novo campo de saberes em interface, o que redimensiona cada um dos termos. A saúde passa a ser relacionada, também, com a possibilidade: de experimentar a criatividade, de participar das trocas sociais, de ter acesso às experiências culturais. Da mesma forma, as manifestações artísticas e culturais passam a ser compreendidas como capazes de contribuir para a produção de saúde e de subjetividade, podendo reorientar os modos do viver, de adoecer e de (se) cuidar.

À deriva das mobilizações das organizações – governamentais ou não –, a emergência de pontos comuns de conexão coletiva, sob a motivação de fazeres reconhecidos como do campo artístico, tem se mostrado cada vez mais necessária para problematizar a gestão da vida cotidiana e para resistir aos cenários hegemônicos de colonização de sua potência. Agrupamentos comunitários, em movimentos inusitados, juntam-se em torno de categorias instituídas pelo campo da saúde (loucura, psicose, esquizofrenia, deficiência, transtornos, risco social etc.) e/ou das artes (teatro, dança, música, literatura, escultura, pintura etc.), e se descobrem inventando outras vitalidades deslocadas daquilo que poderia ser nomeado, e possibilidades de existência antes impensáveis. A isso se pode chamar, também, das artes da vida contemporânea.

Essas artes fazem parte do projeto editorial da revista *Interface* desde os primeiros números, já que este periódico foi concebido com o intuito de abordar as questões da Saúde Coletiva de forma interdisciplinar, articulando os temas da Educação e da Comunicação ao campo da Saúde. O esforço para construir um diálogo entre expressões artísticas e o conteúdo dos textos publicados relaciona-se à perspectiva deste projeto editorial, que se orienta, também, pelo modo de produção de conhecimento baseado na sensibilidade própria às artes⁶. Nesse sentido, a Seção Criação da revista, que publica “textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.”⁷, se configurou como um importante espaço para o qual têm convergido diversas produções que abordam as relações entre arte e saúde, e que tensionam, simultaneamente, as estruturas tradicionais de comunicação e expressão do meio acadêmico.

O dossiê deste fascículo de *Interface* reúne três artigos que se dedicam a esta temática, que tem ocupado um espaço cada vez mais significativo ao longo dos 17 anos da revista.

O artigo “**Arte y Salud: algunas reflexiones para profundizar las potencialidades de análisis del campo**”⁸ nos mostra que a aproximação entre arte e saúde aconteceu, também, em outros países da América Latina e em países do mundo anglo-saxão. Para os autores, o contexto sociopolítico que possibilitou o surgimento deste campo foi marcado por novas agendas transversais em

política social, baseadas na ideia de desenvolvimento humano e preocupadas com as questões da inclusão social, das práticas comunitárias e do desenvolvimento sustentável. Do mesmo modo, as políticas culturais também fizeram com que as práticas artísticas e culturais assumissem um protagonismo importante como estratégias e ferramentas de promoção da inclusão e de luta contra as desigualdades sociais.

A seguir, no artigo “**Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica**”⁹, conhecemos um projeto de humanização baseado nas artes, e acompanhamos algumas reflexões a partir de contribuições filosóficas. Desta forma, o projeto singular, concretamente realizado, oferece material para se pensar o lugar da arte frente ao sentido geral da humanização, e as relações entre racionalidade instrumental, experiência estética e horizontes éticos.

Por fim, em “**Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica**”¹⁰, nos é apresentada uma experiência de intervenção urbana realizada no contexto da Reforma Psiquiátrica, com foco na intersecção entre Arte e Pesquisa no terreno da Atenção Psicossocial. Os autores problematizam as fronteiras entre o cuidado em saúde, a medicalização da vida e os movimentos de criação e resistência que podem aí ser engendrados. Nessa trajetória, evidencia-se a potência da arte na produção de conhecimento e na problematização acerca do cuidado.

A publicação de um dossiê da revista *Interface* que se dedica a estes temas, valida um caminho já percorrido e, ao mesmo tempo, afirma a relevância de continuarmos abrindo espaços de trocas e de reflexão que partem de campos transdisciplinares entre as artes, a saúde, a cultura, e... Nesse âmbito, o Brasil e a América Latina têm uma rica produção que precisa ser difundida. A constante invenção e qualificação de espaços de convívio e criação que não se reduzam a princípios culturais, artísticos, de saúde e/ou sociais hegemônicos ainda é tema de debates atuais, que se apoiam numa concepção de vida que não pode ser limitada por qualquer categoria absoluta ou preestabelecida. Aproximar esses diferentes campos de conhecimento interessa em seu aspecto de transversalidade, à medida que possibilita contaminação entre conceitos e práticas que, por diferenças e similaridades, resultam na vitalização das experiências.

Elizabeth Araújo Lima
Eliane Dias de Castro
Renata Monteiro Buelau
Isabela Umbuzeiro Valent
Erika Alvarez Inforsato

Laboratório de Estudos e Pesquisa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional,
Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São
Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Referências

1. Guattari F, Rolnik S. Micropolíticas: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1986.
2. Lima EA. Arte, clínica e loucura: território em mutação. São Paulo: Summus, Fapesp; 2009.
3. Ministério da Cultura. Ministro da Cultura, Gilberto Gil, sobre O Programa Nacional Cultura, Educação e Cidadania Cultura Viva, durante encontro com artistas em Berlim [Internet] [acesso 2011 Fev 15]. Disponível em: <http://www.cultura.gov.br/site/2004/09/02/ministro-da-cultura-gilberto-gil-sobre-o-programa-nacional-cultura-educacao-e-cidadania-cultura-viva-durante-encontro-com-artistas-em-berlim>
4. Castro ED, Lima EA, Inforsato EA, Buelau RM. Developing socio-cultural technologies for mental health intervention in São Paulo, Brazil: interface of arts, health and culture. *World Cult Psychiatr Res Rev*. A ser publicado 2015.
5. Rancière J. A partilha do sensível: estética e política. Mônica Costa Netto, tradutora. São Paulo: Ed. 34; 2005.
6. Cyrino AP, Lima EA, Garcia VL, Teixeira RR, Foresti MCPP, Schraiber LB. Um espaço interdisciplinar de comunicação científica na Saúde Coletiva: a revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(7):2057-66.
7. Normas de publicação. *Interface (Botucatu)*. 1997; 1(1):5.
8. Wald G. Arte e Saúde: algumas considerações para aprofundar as potencialidades de análise do campo. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1051-62.
9. Sato M, Ayres JRCM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38.
10. Zanchet L, Palombini AL, Yasui S. Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1039-50.

Interface of art, healthcare and culture: a transverse field of knowledge and practices

To cure contemporary subjectivity, which is doped and on the way to becoming set in stone, we would need to prescribe poetry in the same manner as we prescribe vitamins. This is what Felix Guattari wrote in a book that he published with Suely Rolnik, *Micropolíticas: cartografias do desejo* (Micropolitics: cartography of desire)¹, thus affirming that poetry, sensitivity and artistic creation are privileged tools for health production in our times.

Crossovers between cultural production and healthcare practices have a long history in Brazil. As long ago as the 1920s, while Mário de Andrade was writing a book called *Namoros com a Medicina* (Love affairs with Medicine), the psychiatrist Osório César was publishing art critiques in journals. Some time later on, Nise da Silveira stimulated and produced the first assembly of a text by Artaud in Brazil, inside a psychiatric hospital, while the art critic Mário Pedrosa developed the idea that the main aim of a persistent and systematic artistic occupation was not the production of masterpieces. The most important thing, in his view, was what the person doing these activities would acquire through doing them and what these activities would produce in a life².

At the end of the 1970s and the beginning of the 1980s, with the opening up of politics, the relationship between art and healthcare was further boosted in Brazil. The strengthening of the democratic movements and, in particular, the healthcare reform movement that culminated in the creation of the National Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) modified the understanding of healthcare, which came to be understood as a fundamental right. This transformation implemented a field of innovative practices, thus strengthening interprofessional and intersectoral actions and involving daily life within communities. In line with these gains, the disabled people organization demanded and sought to ensure opportunities for all citizens to develop their creative, artistic and intellectual potential.

Within the field of mental health, the new care models that were created within the context of the psychiatric reforms contributed towards strengthening practices within the sociocultural field through proposals for clinical care dedicated towards favoring the potential of life. Invention of new ways of living and new sensibilities implied esthetic development and potent linkage to the fields of art and culture, thus giving rise to varying numbers of cultural, artistic and leisure experiences, which became viable through intersectoral policies.

It is also important to note the creation of community centers in the cities of São Paulo, Santos and Campinas during the 1990s. In São Paulo, the proposal for CECCOs (community and cooperation centers) envisaged linkages between the municipal departments of health, culture and sport and the city's parks and green areas. These services were open to the general public and continue to the present day, and also receive referrals from healthcare units. They seek to promote social interaction through participation in groups, workshops and studios for artistic and physical practices.

At the beginning of the 2000s, the field of culture also underwent significant changes. Public cultural policies came to include diversity and active participation in cultural life within their agenda as a right, thus favoring the creation of new debates and the creation of actions in partnership with the social and healthcare fields. The state's role was thereby repositioned as the facilitator of the creative forces that already existed in every corner of the country, especially in areas of greater vulnerability and social risk, sustained along the lines of creation and

expression, free access, and dissemination and participation in cultural policy decisions³.

Consequently, the field of healthcare in Brazil is invigorated through marked presence of cultural actions, artistic activities and corporal practices. These factors intensify the production of healthcare in spaces that are not traditionally designated for this purpose. These activities form a set of strategies aimed towards constructing projects for life, inventing other forms of social participation, promoting exchange spaces and experimenting with novel ways of producing value⁴. These are complex compositions that mobilize processes of social inclusion and exclusion and cause openings within networks of expression and communication that are constantly being reconfigured. New cultural connections in certain groups free them to have new ways of seeing things, speaking, thinking and acting that renew relationships and affections. They also implement and require concrete changes in the partition of the sensible, using Rancière's expression⁵, which resonates in the sociocultural experiences of collective life.

This meeting of the arts, healthcare and culture has given rise to a new field of knowledge at their interface, which gives new dimensions to each of these terms. Healthcare comes to also have a relationship with the possibility of experiencing creativity, participating in social exchanges and having access to cultural experiences. Likewise, artistic and cultural manifestations come to be understood as capable of contributing towards producing healthcare and subjectivity, and thus having the capacity to reorient ways of living, becoming ill and caring for oneself and for others.

Through mobilization of either governmental or nongovernmental organizations, the emergence of common points of collective connection motivated by accomplishments that are recognized as artistic has been increasingly shown to be necessary for posing the problems of managing day-to-day life and for resisting hegemonic scenarios for colonizing their potency. Community groupings in unusual movements join together in categories instituted within the field of healthcare (madness, psychosis, schizophrenia, deficiencies, disorders, social risk, etc) and/or the arts (theater, dance, music, literature, sculpture, painting, etc), and other forms of vitality shifted from what might be named are invented and discovered, along with possibilities for existence that had previously been unthinkable. This can also be called the arts of contemporary life.

These arts have formed part of the editorial project of the journal *Interface* since the time of its first issues, given that this periodical was conceived with the aim of addressing questions within public health in an interdisciplinary manner, thereby linking the topics of education and communication to the field of healthcare. The effort to construct a dialogue between artistic expression and the content of published texts was thus related to the perspective of this editorial project, which was also guided by knowledge production methods based on the sensibilities that belong to the arts.⁶ In this regard, the Creation section of the journal, in which "reflective texts of greater freedom of form, with emphasis on iconographic, poetic and literary language, etc.," are published,⁷ constitutes an important space into which different productions address the relationships between art and health converge and which simultaneously stretch the traditional structures of communication and expression of academic settings.

The dossier of this issue of *Interface* brings together three papers dedicated to this topic, which has occupied increasingly significant spaces over the course of the journal's 17 years.

The paper "**Arte y Salud: algunas reflexiones para profundizar las potencialidades de análisis del campo**"⁸ (Art and Healthcare: some reflections

towards deepening the potential for analysis in this field) shows us that this convergence between art and healthcare has also taken place in other countries of Latin America and in countries in the Anglo-Saxon world. According to the authors, the sociopolitical context that has made it possible for this field to emerge was marked by new cross-cutting agendas within social policy, based on the idea of human development and concerned about issues of social inclusion, community practices and sustainable development. In the same manner, cultural policies have also caused artistic and cultural practices to taken on an important protagonist role as strategies and tools for promoting inclusion and the struggle against social inequalities.

Following this, in the paper "**Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica**"⁹ (Art and humanization of healthcare practices at a primary care unit), we learn about a humanization project based on the arts and we accompany some reflections coming from philosophical contributions. Thus, this singular project that took concrete shape provides material for thinking about the place of art in the light of the general meaning of humanization and the relationships between instrumental rationality, esthetic experience and ethical horizons.

Lastly, the paper "**Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica**"¹⁰ (A more-than-special prescription: an urban intervention for thinking about art and research within the context of the psychiatric reforms) presents an experience of urban intervention that was obtained within the context of the psychiatric reforms, with the focus on the intersection between art and research within the area of psychosocial care. The authors pose the problem of the frontiers between healthcare, the medicalization of life and the creation and resistance movements that may come into being from this. Along this path, the potential of art for producing knowledge and addressing problems regarding care is shown.

The publication of a dossier of the journal *Interface* dedicated to these topics validates a path that has already been followed and at the same time affirms the relevance of continuing to open up spaces for exchanges and reflection that start from the transdisciplinary fields between the arts, healthcare and culture. Within this sphere, Brazil and Latin America possess rich production that needs to be disseminated. The constant invention and qualification of community and creative spaces that are not reduced to hegemonic cultural, artistic, healthcare and/or social principles is still a current topic of debate, supported by a concept of life that cannot be limited by any absolute or preestablished category. Bringing these different fields of knowledge together is of interest because of the transverse nature of this action, in that it enables cross-fertilization between concepts and practices that because of their differences and similarities, result in additional vitality for these experiences.

**Elizabeth Araújo Lima
Eliane Dias de Castro
Renata Monteiro Buelau
Isabela Umbuzeiro Valent
Erika Alvarez Inforsato**

Laboratório de Estudos e Pesquisa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional,
Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São
Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

References

1. Guattari F, Rolnik S. Micropolíticas: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1986.
2. Lima EA. Arte, clínica e loucura: território em mutação. São Paulo: Summus, Fapesp; 2009.
3. Ministério da Cultura. Ministro da Cultura, Gilberto Gil, sobre O Programa Nacional Cultura, Educação e Cidadania Cultura Viva, durante encontro com artistas em Berlim [Internet] [acesso 2011 Fev 15]. Disponível em: <http://www.cultura.gov.br/site/2004/09/02/ministro-da-cultura-gilberto-gil-sobre-o-programa-nacional-cultura-educacao-e-cidadania-cultura-viva-durante-encontro-com-artistas-em-berlim>
4. Castro ED, Lima EA, Inforsato EA, Buelau RM. Developing socio-cultural technologies for mental health intervention in São Paulo, Brazil: interface of arts, health and culture. *World Cult Psychiatr Res Rev*. A ser publicado 2015.
5. Rancière J. A partilha do sensível: estética e política. Mônica Costa Netto, tradutora. São Paulo: Ed. 34; 2005.
6. Cyrino AP, Lima EA, Garcia VL, Teixeira RR, Foresti MCPP, Schraiber LB. Um espaço interdisciplinar de comunicação científica na Saúde Coletiva: a revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(7):2057-66.
7. Normas de publicação. *Interface (Botucatu)*. 1997; 1(1):5.
8. Wald G. Arte e Saúde: algumas considerações para aprofundar as potencialidades de análise do campo. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1051-62.
9. Sato M, Ayres JRCM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38.
10. Zanchet L, Palombini AL, Yasui S. Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1039-50.

Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica

Mariana Sato^(a)José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres^(b)

Sato M, Ayres JRCM. Art and humanization of health practices in a primary care unit. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38.

This study seeks to reflect on a philosophical basis in relation to an art-based humanization project that was developed by the professionals at a primary healthcare unit. The “reception” at this service refers to the sector dedicated to receiving people who are looking for attendance but without an appointment previously scheduled. In order to restore the meaning of “welcoming”, as disseminated through the National Humanization Program, these professionals created a project that aimed to modify the ambiance of the waiting room so as to promote symbolic transformation of that space such that this could enable qualification of the interactions that take place there. Investigation of this phenomenon demonstrated that art had properties capable of involve individuals in an experience that could promote creation of new meanings for the waiting room.

Keywords: Humanization. Art. Primary health care. Waiting room.

Este estudo pretende fazer uma reflexão com contribuições filosóficas sobre um projeto de humanização baseado na arte, desenvolvido pelos profissionais de uma Unidade Básica. O acolhimento deste serviço se referia ao setor dedicado a receber os usuários que procuravam atendimento e não tinham consulta marcada. Para restaurar o sentido do acolhimento difundido pela Política Nacional de Humanização, os profissionais criaram um projeto que objetivou modificar a ambiência da sala de espera com o propósito de promover uma transformação simbólica do espaço que pudesse favorecer a qualificação das interações. A investigação do fenômeno demonstrou que a arte teria propriedades capazes de envolver os sujeitos em uma experiência que poderia promover a criação de novos sentidos para a sala de espera.

Palavras-chave: Humanização. Arte. Acolhimento. Atenção primária. Sala de espera.

^(a) Fundação Faculdade de Medicina, Projeto Região Oeste, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Ovídio Pires de Campos, 225, Prédio da Administração, 6º andar, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 05403-010. marianaesato@gmail.com

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. jrcayres@usp.br

Introdução

De acordo com a Política Nacional de Humanização¹ (PNH), o acolhimento no campo da saúde se refere à construção de interações interpessoais baseadas em uma escuta atenta, eticamente comprometida e interessada no reconhecimento do outro. O acolhimento não deve ser restrito a um setor do serviço composto por determinados profissionais a serem escalados para receber as pessoas em busca de cuidado. Seu conceito se relaciona a uma certa atitude, a uma postura ética a ser adotada por todos aqueles que ali trabalham.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável por garantir o acesso ao sistema de saúde, o acolhimento torna-se especialmente importante. No momento em que chega ao serviço, o indivíduo pode estar em situação de vulnerabilidade, e a forma como é recebido influencia o tipo de relação que será estabelecida com a equipe. Entretanto, na tentativa de dar resposta ao, muitas vezes, volumoso contingente de pessoas que buscam assistência, os profissionais podem acabar inconscientemente mecanizando a escuta e o atendimento, em um processo de automatização de condutas que se distancia da lógica de acolhimento defendida pela PNH.

Reconhecendo as limitações de atuar-se sobre os aspectos quantitativos do acolhimento – considerando as dificuldades implicadas em diminuir a demanda e/ou em aumentar o quadro de profissionais do serviço – é importante desenvolver estratégias capazes de promover mudanças qualitativas nas interações ali estabelecidas.

Entre as recomendações da PNH, estimula-se que os próprios profissionais do serviço se apropriem do processo de trabalho, identificando os nós críticos e propondo alternativas viáveis para superá-los. A partir do empoderamento da equipe, é possível que surjam iniciativas inovadoras de transformação das práticas de saúde. Este processo pôde ser identificado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que utilizou a arte como ferramenta para restaurar o significado de acolhimento.

Este caminho não é usual em um ambiente tão marcado pela técnica e pela ciência, como a unidade de saúde. Com efeito, filósofos, como o alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002), já demonstraram como a ciência foi dominando o modo de pensar das sociedades modernas, “encarregando-se” de toda explicação referente aos fenômenos da realidade², o que se torna ainda mais evidente em campos como a saúde. Enquanto isso, a arte foi sendo remetida ao campo da ficção.

Ao mesmo tempo em que a arte conquistou autonomia, ela se tornou restrita ao imaginário, ao irreal. Atualmente, há locais específicos para a realização da arte, que ficam deslocados da vida cotidiana. Para a vivência artística, torna-se necessário buscar museus, teatros, concertos, por exemplo. Mas, nesse mundo colonizado pelo raciocínio científico, a integração da arte ao cotidiano pode configurar uma linha de fuga ao tecnicismo, à lógica substantivamente instrumental das ciências, trazendo aberturas para dimensões do humano diversas daquelas apreendidas pelas tecnociências.

Quando se trata do cotidiano das práticas de saúde, por exemplo, aspectos associados à saúde, ao sofrimento ou, mesmo, à finalidade da vida – que passam, muitas vezes, despercebidos – podem ser colocados sob novas luzes. Questões referentes ao sentido da existência podem (e, muitas vezes, devem) ser evocadas durante as ações de cuidado, e ter a competência de saber identificá-las e abordá-las diz respeito à humanização. Neste contexto, a arte pode ter um papel fundamental.

Os efeitos terapêuticos da arte têm sido reconhecidos por alguns séculos e, nas últimas décadas, foram desenvolvidos estudos científicos sistemáticos que objetivaram, sobretudo, compreender os efeitos da arte sobre a saúde dos pacientes. Entretanto, com relação ao estudo da relação entre arte e humanização, a literatura científica ainda é escassa. Uma explicação possível seria a dificuldade de examinar estas questões por meio da sistematização proposta pelo método científico, sobretudo aqueles pautados em análises quantitativas. Para isso, talvez seja necessário recorrer a outras abordagens teóricas e metodológicas, a outros saberes que permitam construir um quadro compreensivo que possa, inclusive, orientar outros tipos de estudo, científicos ou não.

Visando contribuir nessa direção, o presente trabalho tem o objetivo de refletir sobre os potenciais da arte em processos de humanização dos serviços de saúde, tendo como origem a experiência de utilização da arte em um projeto de melhoria do acolhimento e da ambiência em uma UBS na cidade de São Paulo.

Sobre a construção da reflexão

Entre os autores deste ensaio, uma pertenceu à equipe da UBS cuja experiência, transcorrida em 2010-2011, serve de ponto de partida para as reflexões a serem desenvolvidas. Participante ativa do processo, dedicou-se, desde então, a estudá-lo, em um projeto que desenvolveu como dissertação de mestrado. Este consistiu de estudo qualitativo, baseado tanto na observação participante quanto em entrevistas em profundidade com os demais participantes do projeto.

Não se trata aqui, porém, de apresentar toda a arquitetura deste estudo, tampouco o conjunto de seus resultados, mas tão somente de trazer, à discussão, um aspecto que fez parte, certamente, do processo de investigação, mas que se destaca dele como uma aproximação de caráter mais abstrato e conceitual. No modo como está estruturado este ensaio, guarda-se, com aquela experiência, apenas uma relação de origem. O que se quer discutir aqui é, fundamentalmente, um quadro compreensivo-interpretativo, que mostrou-se tão fecundo para iluminar aquela experiência quanto, apostam os autores, pode ser útil para abrir novos caminhos investigativos e novas propostas de ação na direção da humanização das práticas de saúde de modo geral.

A inspiração filosófica fundamental é, como já indicado nos primeiros parágrafos do artigo, a hermenêutica filosófica gadameriana², em uma dupla perspectiva: de um lado, por oferecer uma referência crítica à redução tecnocientífica do racionalismo ocidental, de forte impacto no trabalho em saúde na contemporaneidade; de outro lado, por indicar, no movimento compreensivo-interpretativo da hermenêutica, as vias de inteligibilidade do processo em estudo e a busca de validade de suas proposições. Para o desenvolvimento do círculo compreensivo-interpretativo a ser estabelecido entre o projeto singular, concretamente realizado e estudado, e o significado da arte frente ao sentido geral da humanização, serão evocados pensadores diversos que, desde diferentes nichos, interesses e fundamentos, permitem adensar a compreensão de relações significativas entre racionalidade instrumental, experiência estética e horizontes éticos.

O projeto Acolher

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada com o objetivo de reorganizar a APS no Brasil. Ela determina a distribuição do território em áreas geograficamente delimitadas, e atribui a responsabilidade pelo cuidado das pessoas que ali residem (totalizando, no máximo, quatro mil pessoas) a uma equipe de saúde multiprofissional composta, minimamente, por: médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O sistema de saúde brasileiro, que outrora privilegiara o desenvolvimento do nível terciário de atenção, representado pelos hospitais de grande porte, passou, desde a década de 1990, a investir, com maior ênfase, na APS, com o propósito de reorientar o modelo assistencial, buscando efetivar ações de atenção integral à saúde, sensíveis ao contexto sociocultural de cada grupo populacional. As equipes de saúde da família são alocadas em instituições situadas em local próximo à população com o objetivo de facilitar o acesso e servir de referência primeira para o cuidado dos adoecimentos mais frequentes e a promoção da saúde de modo geral³.

Teixeira⁴ considera que o encontro do profissional com o usuário pode, muitas vezes, gerar tensões e desencontros. De fato, o próprio dimensionamento da ESF, ao determinar que a equipe de saúde da família fique responsável por uma população numerosa, muitas vezes em condição de extrema vulnerabilidade, provoca dificuldades no adequado acolhimento de sua população, frente à diversidade e complexidade das demandas postas para a APS.

Em meados de julho de 2010, foi notado um desgaste importante dos profissionais da UBS aqui estudada (de agora em diante, chamada de UBSX), uma Unidade de Saúde da Família situada na periferia oeste da cidade de São Paulo. Tal desgaste foi percebido e discutido por sua equipe, tendo sido atribuído à impossibilidade de responder adequadamente à crescente demanda de usuários que procuravam atendimento de urgência, com atitude acolhedora, respeitando o princípio de acessibilidade universal e equitativa ao cuidado integral da saúde. O levantamento de questionamentos e sugestões relativos a essas dificuldades deram forma a um projeto para a reformulação do acolhimento, que designaremos com o nome (fictício) de "Projeto Acolher".

Nestas reuniões, o modelo vigente de acolhimento foi colocado em debate. Na época, o termo acolhimento era atribuído ao setor encarregado pelos atendimentos de urgência. Neste setor, havia um médico e um enfermeiro de plantão, que se responsabilizavam por prestar assistência aos pacientes que demandavam atenção imediata e não possuíam consulta agendada. Quando o usuário chegava ao balcão da UBS referindo algum problema de saúde, era encaminhado ao “setor de acolhimento”. Teixeira⁴ já havia antecipado que as soluções práticas conhecidas na APS para a questão do acolhimento têm envolvido a “combinação de alguns dispositivos organizacionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso), podendo sofrer deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto atendimento), que vão até o limite de esvaziá-la de significado próprio, sendo reduzida a um novo nome para a velha atividade de triagem ou pronto atendimento.

O desvirtuamento sofrido pelo conceito de acolhimento – que, ao invés de ser compreendido como atitude de inclusão a ser idealmente adotada por qualquer profissional do serviço, referia-se a determinado setor da UBS – já havia sido pauta de discussões anteriores. Algumas vezes, o nome do “setor de acolhimento” fora modificado para “atendimento do dia”, com o propósito de lembrar os profissionais que o acolhimento verdadeiro não poderia ser atribuído a um setor específico, e deveria ser responsabilidade de todos.

Depois de situar as características do fluxo do “acolhimento” em voga, foram levantados os possíveis fatores que poderiam estar dificultando a adoção de atitudes acolhedoras pelo conjunto da equipe. Questionou-se se o desgaste dos trabalhadores seria fruto da própria organização do sistema de saúde que, dentro da lógica da regionalização, prevê a responsabilização dos serviços por um território muitas vezes amplo e vulnerável. Concluiu-se que, diante da demanda excessiva, poderia ter-se adotado, de antemão, uma postura defensiva que, somada à ansiedade dos usuários, teria resultado em encontros difíceis.

Entendendo que, para além do redimensionamento do território e do aumento do quadro de profissionais da assistência no curto prazo, mudanças desejáveis, mas não realizáveis a curto prazo, haveria a possibilidade imediata de transformar, ao menos, o ambiente de encontro entre os profissionais e os usuários quando estes procuravam o serviço. Foi unânime a afirmação de que a recepção e a sala de espera sempre foram espaço, físico e de interação, pouco valorizado no serviço.

Silva et al.⁵ apontam que:

Estar em uma sala cuja função aparente é apenas esperar é uma prova do esvaziamento dos sentidos nos espaços férteis para intervenções em saúde. Enrijecer e emparelhar o nome – sala de espera – ao lugar é anunciar um ambiente isento de prazeres ou de novidades, é consolidar o tédio. (p. 1004)

O projeto Acolher conformou-se, então, como uma tentativa de envolver profissionais de diversas categorias em um movimento de transformação concreta da ambiência da unidade, já com a expectativa de construir novos símbolos para a restauração do acolhimento como atitude. A sala de espera poderia ser ressignificada e enxergada como local possível de melhores encontros entre usuários e a equipe de saúde.

A partir das discussões, foi considerado estratégico investir na transformação da sala de espera em algo mais parecido com uma sala de estar, local privilegiado para o acolhimento em seu sentido mais verdadeiro.

Com a difusão do debate sobre o acolhimento na UBSX, diversos profissionais começaram a comparecer voluntariamente às reuniões, com a expectativa de contribuir com a reformulação do espaço físico. O grupo foi composto, inicialmente, por: uma médica, dez agentes de saúde, uma dentista, uma enfermeira. Recolocado o desafio de tornar a sala de espera um ambiente mais acolhedor, foram feitas diversas sugestões: algumas mais simples, como disponibilizar chá e biscoitos aos usuários; outras mais complexas, como pintar paredes e bancos. Sabendo que a apropriação da ambiência era incentivada pela PNH¹, optou-se por levar, ao grupo, as suas recomendações:

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura dos espaços de saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontro do SUS. Vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações em que são construídas, como resultado do momento vivenciado por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (p. 5)

Segundo a PNH, a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve ser construído coletivamente a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. As considerações feitas pela PNH foram essenciais para reforçar os ideais do grupo – que tinha receio de modificar a estrutura padrão da UBS que seguia as recomendações da prefeitura de São Paulo, assim como faziam todos os outros serviços de saúde públicos locais – e deram suporte político para justificar o movimento de apropriação coletiva do espaço.

Com o apoio da gerência, a proposta de reformular a estrutura física da sala de espera foi levada ao conselho gestor, onde obteve consentimento formal.

O projeto foi executado em três fases. Na primeira fase, foram elaboradas as novas propostas decorativas para a ambiência. Houve participação dos trabalhadores, dos usuários (que receberam papéis e lápis de cores para desenhar projetos enquanto aguardavam o atendimento na própria sala de espera) e dos adolescentes do bairro (que foram convidados, por intermédio dos educadores das escolas, a comparecer à UBS, tirar fotos e criar os seus projetos).

Na segunda fase, os três melhores projetos escolhidos pelo grupo (considerando beleza, criatividade e a possibilidade de viabilização) foram colocados na sala de espera para votação dos usuários e dos trabalhadores. O projeto mais votado foi o desenvolvido pela filha de uma agente comunitária de saúde (ACS), que propôs que as paredes da sala de espera fossem pintadas com portas e janelas, simulando a arquitetura de uma casa. O segundo projeto mais votado foi o de uma ACS, que havia cursado um ano de *design* de interiores, e imaginou a parede principal da UBS pintada de lilás com o desenho de uma árvore, embaixo da qual, haveria uma mensagem escrita. O grupo decidiu que o segundo projeto mais votado seria o mais viável para a execução, já que não dependia de grandes habilidades técnicas. Algumas ideias propostas em outros projetos também puderam ser aproveitadas: a criação de um espaço infantil mais colorido, com mãos de crianças estampando as paredes (idealizado por uma auxiliar administrativa e por uma dentista), e o desenho de pássaros saindo pela janela (idealizado por um adolescente do bairro).

Na terceira fase, que ocorreu no sábado, dia 21 de agosto de 2010, houve um mutirão de trabalhadores voluntários para efetivar a transformação da sala de espera.

Participação e humanização da ambiência

Para examinar esta experiência, será retomada, primeiramente, a estrutura da UBSX antes do projeto Acolher. Vale mencionar que a preocupação do SUS em garantir a qualidade arquitetônica dos serviços foi regulamentada pela Portaria nº 1.884⁶, que dispôs normas destinadas às Secretarias Estaduais e Municipais para apoiar o desenvolvimento de instrumentos que auxiliassem o exame e a aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de assistência de saúde pública ou privada. Esta portaria estabeleceu critérios para elaboração de projetos físicos e físico-funcionais dos estabelecimentos de saúde, considerando aspectos como: dimensões, instalações prediais, circulações internas e externas; condições ambientais de conforto e segurança, entre outros.

A estrutura predial da UBSX possui características prediais desenvolvidas de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁷, que não foram alvo do projeto de transformação e que não serão descritas neste estudo.

Recapitulando as características da ambiência da sala de espera, condizentes com o preconizado pela prefeitura de São Paulo, podiam-se observar: paredes pintadas de branco; um quadro contendo informações-sobre o funcionamento da unidade (horário de atendimento e número de trabalhadores),

programas municipais (vacinação contra gripe, tuberculose), telefone da ouvidoria; os bancos e cadeiras dispostos no saguão principal e nos corredores, do lado de fora dos consultórios; a televisão sintonizada no canal da prefeitura; o balcão de recepção logo à entrada.

O planejamento primário da ambiência da UBSX considerou, basicamente, os aspectos operacionais protocolares. Os atributos físicos necessários para garantir a eficiência do ponto de vista funcional são um requisito essencial para um serviço de saúde. Entretanto, a humanização da ambiência está relacionada, também, a questões de outra ordem, não exclusivamente técnicas e instrumentais. Trata-se de considerar características do espaço físico que atendam, também, aos aspectos psicoafetivos e contribuam para interações mais positivas entre o indivíduo e o seu entorno. Segundo Ciaco⁸:

O que torna um ambiente 'humanizado' são atributos que lhe conferem escala e características compatíveis com as dimensões fisiológicas, psicológicas e morfológicas que o indivíduo carrega em si, assegurando alguma capacidade que este ambiente tem de interagir de maneira benéfica, agradável com o seu usuário.⁸ (p. 68)

Toledo afirmou que, em geral, é nestes espaços^(c) "que nos conscientizamos de nossas fragilidades, impotências e solidão diante da doença, é também neles que podemos vir a encontrar a coragem, a solidariedade e a esperança necessários ao processo de cura"⁹ (p. 445). O autor acrescentou que determinados aspectos físicos do ambiente, não relacionados somente à eficiência funcional ou beleza, teriam impacto no bem-estar dos indivíduos – sejam eles usuários ou profissionais – e, ainda, no processo de trabalho local:

Acreditamos, portanto, que a humanização do edifício hospitalar resulte de um processo projetual que não se limita à beleza do traço, ao respeito à funcionalidade ou ao domínio dos aspectos construtivos, e alia a esses aspectos a criação de espaços que, além de favorecer a recuperação da saúde e garantir o bem-estar físico e psicológico aos usuários do edifício hospitalar, sejam eles pacientes acompanhantes ou funcionários, possa estimular a incorporação de novos procedimentos às práticas médicas.⁹ (p. 442)

Quais seriam as propriedades da ambiência que poderiam influenciar as interações e práticas que acontecem no serviço? Para responder a esta questão, voltamos à sala de espera aqui investigada. É possível inferir que o seu cenário possuía caráter primordialmente técnico, ou seja, centrado nos aspectos funcionais da unidade, com escassa referência ao subjetivo, relacionando-o aos propósitos e intenções da equipe de profissionais engajados com as atividades ali desempenhadas. Este caráter reforçava – aos usuários e, também, aos trabalhadores que por ali circulavam – a ideia de que a assistência prestada no serviço estaria limitada ao âmbito do instrumental.

Ayres¹⁰ ponderou que a constituição de um efetivo cuidado poderia ser entendida a partir de duas polaridades dialeticamente relacionadas na racionalidade que orienta os interesses que movem as ações em saúde: êxito técnico e sucesso prático. O êxito técnico se refere à dimensão instrumental da ação, que busca alcançar determinado propósito como, por exemplo: diminuir o risco de doenças cardiovasculares por meio de prescrição de medicações para controle de pressão arterial. Por sua vez, o sucesso prático se refere ao sentido

c) Neste caso, Toledo fez menção, mais especificamente, ao ambiente hospitalar. Entretanto, como pode ser observado, suas reflexões também fazem sentido para um serviço de atenção primária.

prático da ação em saúde como, por exemplo: quais seriam as implicações simbólicas, relacionais e materiais que o indivíduo teria ao aderir ao tratamento, considerando o significado da doença na sua vida? Para alcançar o êxito técnico, é possível elaborar uma estratégia de ação com o uso da racionalidade instrumental visando atingir uma meta predefinida. Já a compreensão acerca do sucesso prático não depende somente da aplicação do conhecimento tecnocientífico. A sua construção se daria por meio de trocas intersubjetivas a partir do diálogo estabelecido entre os sujeitos.

Uma das críticas feitas ao modelo de assistência à saúde contemporânea é exatamente quanto ao enfoque reducionista que objetiva somente o alcance da normalização das disfunções orgânicas, sem considerar o sentido prático, existencial, das ações em saúde. Segundo Ayres, a humanização das práticas de saúde pode ser sintetizada como uma ativa busca de sinergias entre sucesso prático e êxito técnico nas práticas de saúde.

O entendimento do indivíduo quanto ao cuidado que lhe será prestado se baseia na experiência que ele tem a partir do momento em que entra no serviço. O cenário ao seu redor promove um conjunto de percepções que subsidiam as suas interpretações. Portanto, não seriam justamente os símbolos – resultantes de uma somatória das mencionadas propriedades físicas e estéticas –, construídos a partir deste cenário, os fatores a exercer uma influência significativa nas interações que ali ocorrem?

No caminho da arte

É interessante analisar de que maneira a humanização foi permeando o movimento do projeto “Acolher”. O processo iniciou-se pela constatação da diferença entre o conceito de acolhimento difundido pela PNH e as práticas do serviço que estavam recebendo tal nomenclatura. A seguir, as reuniões entre os trabalhadores para apontar os problemas e propor soluções configuraram uma gestão participativa, que é outro princípio defendido pela PNH. Outro fato interessante foi a utilização da cartilha da PNH para fundamentar a transformação da sala de espera como medida de apropriação do serviço a favor de uma ambiência humanizada. É possível concluir que a PNH, enquanto prerrogativa do SUS, forneceu um importante arcabouço teórico-prático que subsidiou a criação e operacionalização do projeto Acolher. E, então, veio o caminho da arte.

A convocação da arte como estratégia para a ressignificação do acolhimento aconteceu, provavelmente, em decorrência da identificação dos profissionais com o tema. De forma intuitiva – já que, na época, o grupo não havia se debruçado sobre uma teorização conceitual sobre o tema – apostou-se na expressão criativa de trabalhadores e de usuários para a formulação de uma nova ambiência e, ainda, em manifestações de música e teatro na sala de espera. Mas há, agora, que se refletir sobre os fundamentos conceituais que permitam compreender essa aposta e seu êxito e, na medida do possível, expandi-lo e aprofundá-lo em outros espaços e contextos.

Para isso, iniciemos uma reflexão sobre o processo de transformação da sala de espera. O ato dos profissionais de saúde da UBSX que se envolverem diretamente com as ações desenvolvidas para a reformulação da ambiência difere do ato de execução de um projeto de ambiência realizado por profissionais externos. Segundo Medeiros, “o significado do trabalho pode ter um caráter ao mesmo tempo instrumental e simbólico; o primeiro seria referente ao valor monetário, quantitativo e o segundo ao seu valor moral, qualitativo, subjetivo”¹¹ (p. 32). Bajoit e Franssen¹² classificaram o significado instrumental como um meio de ganhar a vida, e o simbólico, ou expressivo, como um meio de realização social e pessoal do indivíduo. Claro que a dimensão instrumental do trabalho dos profissionais de saúde em questão não é a mesma daquela presente em um trabalho “semelhante” executado por operários, por exemplo, mas, ainda assim, tem também um sentido instrumental.

Evelyn¹³ pontuou que a sociedade moderna caracteriza-se pela necessidade crescente de os indivíduos terem de usar o trabalho como atividade exclusiva para ganhar a vida, o que lhe retira a dimensão de criação humana. Essa dualidade da atividade laboral também é ressaltada por Lefebvre¹⁴, que destaca o norte ético e político de fazer o trabalho progredir de forma a não dissociar estas duas dimensões:

O aspecto quantitativo (do trabalho) é o crescimento econômico (aperfeiçoamentos técnicos, aumentos da produção material calculada em toneladas de trigo, de aço etc.). O aspecto qualitativo é o desenvolvimento social (intensidade da vida social, atividade das organizações que substituem o político pelo social através da democracia e sua superação, produção de obras 'espirituais'). Estes dois aspectos não marcham inevitavelmente juntos, ao mesmo passo.¹⁴ (p. 120)

Frigotto¹⁵ afirmou que a sociedade burguesa tornou o trabalho mero instrumento, meio econômico, retirando dele a realização humana em termos culturais, poéticos, lúdicos, o que provocaria a falta de sentido no ato de trabalhar, atribuindo-lhe apenas a dimensão alienante.

Na experiência em tela na UBSX, foi interessante observar que o movimento feito pelos profissionais de saúde foi-se impregnando de sentidos complexos, não restritos ao propósito de transformar a matéria e atingir uma forma predeterminada (relativa ao projeto de ambiência escolhido) e nem tampouco aos objetivos anunciados inicialmente pelo projeto Acolher. Estes sentidos foram tomando forma no decorrer da atividade:

“Acho que este momento é um marco no nosso trabalho aqui na UBS porque a gente está tentando mudar vários conceitos, mudar a forma de trabalhar, a forma como a gente vê a questão do nosso trabalho e esta (ação de transformação da UBS) é a materialização do que a gente está pensando”. (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

O que parece ter potencializado essa interpenetração entre as dimensões instrumentais e simbólicas na (aparentemente) simples tarefa de melhorar a ambiência de uma sala de espera foi o elemento *arte*. O ato de “colocar a mão na massa” e modificar a forma da estrutura física da UBS poderia ser considerado uma atividade artística, contrapondo-se à mera execução de uma tarefa técnica. Dito de outra forma, e fazendo analogia com o artesanato: é possível atribuir valores diferentes a uma escultura produzida artesanalmente por um grupo de artesãos e a mesma peça, caso esta fosse reproduzida por um técnico com habilidade manuais. Isso acontece porque o artesanato, como uma modalidade artística:

Além de ser uma atividade produtiva, também está intimamente relacionado com quem produz. O artesão, produtor de tais projetos, imprime sua história sua técnica e seu repertório cultural [...]. Os artefatos expressam, deste modo, ações e relações com seus produtores. Em outra palavra, são as redes de interações, compostas pelos produtores, que dão aos objetos significados que ultrapassam o seu uso utilitário.¹⁶ (p. 49-50)

O processo artístico acontece, no caso das atividades manuais, quando “as relações sociais entre produto e produtor incidem sobre os objetos, investindo os artefatos de significados alheios a sua natureza técnica, ou ao seu valor de uso”¹⁶ (p. 50). Em nosso caso, o entrelaçamento entre produtor (profissional de saúde) e produto (sala de espera) foi evidenciado no seguinte trecho:

“Eu acho que é renovação. Nós estamos nos renovando. Então é transformação (da sala de espera) e em cada transformação, é uma renovação.” (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

Como defendido por Davies¹⁷, o produto final da obra de arte pode ser indiscernível de meras coisas reais, e o que lhe confere o caráter artístico são as “propriedades extrínsecas, ou seja, as propriedades relacionais entre obras de arte e indivíduos, objetos e instituições, propriedades tais que colocam a obra em seu contexto causal, histórico e social” (p. 97).

Entre as referências simbólicas associadas pelos partícipes do processo de reforma da ambiência da UBSX ao ato da transformação, foi mencionada a *beleza* do movimento. E esse aspecto merece toda a

atenção. O julgamento sobre o *belo* é, ao mesmo tempo, individual e universal, já que não manifesta uma mera preferência pessoal – apesar de fazer referência a ela – mas, também, um assentimento intersubjetivo. Segundo Hermann¹⁸:

A experiência estética não é compreensível por critérios científicos ou exclusivamente racionais, tampouco pode ser subsumida por uma faculdade humana tomada isoladamente. E é justamente essa possibilidade contida no estético, que escapa à reflexão de natureza puramente racional, o que vai lhe conferir novos modos de relação com a ética. (p. 26)

O julgamento do belo teria, assim, uma pretensão de validade que ultrapassa a mera subjetividade. Sobre isso, a autora pontua:

As tentativas de romper as barreiras existentes contra a experiência sensível criam as condições para que nossas ideias sobre o bem viver também passem a considerar a fusão do sensível com o espiritual. Desse modo, inicia-se um processo em que a imaginação, os sentimentos e mesmo a paixão podem dar um acesso ao conhecimento. [...] A experiência estética envolve o abandono do conceito para dar lugar à força imaginativa e à sensibilidade.¹⁸ (p. 26)

A interpretação da transformação da sala de espera superou a avaliação racional e se apoiou na experiência estética, como demonstrado neste outro depoimento de uma trabalhadora:

“Tanto tempo na minha vida que eu já trabalhei em outro lugar e eu nunca vi um movimento tão lindo quanto este, sinceramente, um dia muito especial na minha vida, todo este movimento, toda esta transformação. A gente sabe que por mais que se viva, nunca para de se transformar. É muito lindo.” (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

O engajamento desta trabalhadora nas atividades de reformulação da ambiência evocou a experimentação do belo não como o vislumbre de uma forma esteticamente agradável (até porque essa manifestação foi anterior à finalização do trabalho, ao seu resultado), mas como juízo de valor ético. O movimento resultante da união dos profissionais que investiram tempo, energia e atenção para a concretização de uma ideia elaborada coletivamente encontrou sua conexão e expressão na forma de uma emoção estética. Conforme Hermann, “embora o belo seja diferente do bom, as ideias estéticas juntam-se às ideias da razão prática”¹⁸(p. 28).

A arte como recurso para humanização

Tendo investigado as propriedades artísticas conferidas ao processo da transformação em si, resta examinar o produto final do trabalho de reconstrução da ambiência e suas implicações simbólicas para a proposta de humanização que moveu toda a ação. Para os profissionais, a nova ambiência da sala de espera poderia modificar a percepção dos usuários com relação às intenções das ações em saúde:

“As pessoas vão ver que a gente se preocupa não só em ficar levando remédio, levando papelzinho na casa delas, mas melhorar o ambiente onde elas frequentam.” (Depoimento de uma trabalhadora da UBSX, capturado em vídeo feito para registro da transformação da sala de espera)

A nova sala de espera foi investida de intenções, crenças e emoções. O seu produto final não foi somente uma imitação com finalidade decorativa. Ele apresentou determinados aspectos que puderam acentuar as possibilidades deste local como espaço de encontro. A arte atuou como via de conhecimento, apresentando outros modos de enxergar a sala de espera.

Também foi possível identificar a comunhão dos trabalhadores em torno de uma causa compartilhada. A arte, por seu potencial de promover a experiência estética, seria capaz de

estabelecer pontes que conectam o singular com o compartilhado, amplificando a sensação de união e pertencimento. A fala da trabalhadora acima é a percepção resultante de um julgamento simultaneamente estético e ético sobre o movimento. A beleza – que, de acordo com Schiller¹⁹, representaria a conciliação entre a razão e a sensibilidade – seria um indicativo de que esta experiência foi-se impregnando de sentidos para aqueles que a viveram, sentidos que humanizam a experiência de serem trabalhadores de saúde naquele espaço e que, assim, eles o esperam, possam resultar na humanização da própria relação com os usuários.

Vale colocar em questão a viabilidade de implementação de projetos equivalentes em outros cenários, visto que esta experiência foi a resultante de um planejamento conjunto voluntário dos profissionais de saúde. É preciso cautela ao apostar nesta experiência como um modelo, uma vez que a espontaneidade foi, em si, um elemento fundamental à pertinência dos resultados.

Assim como acontece com a arte de rua, marcada pela transitoriedade, a parede da sala de espera foi repintada de branco. Simultaneamente – e não se pretende, aqui, sugerir uma relação de causa e efeito – aconteceu, na unidade, uma readequação do fluxo de atendimento que culminou num aumento expressivo do contingente de usuários na sala de espera. Para comportar esta nova dinâmica, foi necessário readequar a disposição de móveis (que foram enfileirados diante da televisão) e, também, os processos de recepção e encaminhamento dos usuários. O expressivo volume de trabalho decorrente destas transformações acarretou em certo esgotamento nos trabalhadores, o qual foi colocado em pauta em reunião técnica realizada no início de 2014. “Está na hora de pintarmos a parede da sala de espera” foi a fala de um médico. Teriam os profissionais de saúde novamente apostado na arte, representada pela ação de pintar a parede da sala de espera, como recurso de transformação das práticas a favor da humanização?

Considerações finais

O saldo principal da presente reflexão aponta para a potência da arte na ressignificação dos processos de trabalho em saúde e na direção de sua reconstrução como prática humanizada. Além dos recursos mais tradicionais, pautados na lógica racional – como, por exemplo, capacitações feitas para “sensibilizar” os trabalhadores quanto à importância de se incorporarem novas atitudes na relação com o usuário –, a arte revela-se recurso capaz de envolver os sujeitos por meio de uma experiência vivida.

A humanização defende o restabelecimento da dignidade humana, muitas vezes comprometida nas interações no âmbito da saúde. Uma prática reducionista de cuidado pautada, exclusivamente, pela lógica tecnocientífica e o automatismo resultante de uma certa forma de organização do processo de trabalho seriam fatores a contribuir com a desqualificação das relações entre os sujeitos. Neste contexto, a arte mostra-se potente para ampliar os horizontes de olhares restritos a uma certa ordem e favorecer a restauração de outros canais de percepção do mundo.

A vivência artística se caracteriza por um “ver o mundo de novo”, impregnando-o com outros significados criados a partir da elaboração de memórias, sentimentos e reflexões suscitados pela arte. Os sentidos são construídos a partir desta vivência, de maneira que elementos da subjetividade apareçam como recursos para enriquecer a compreensão, o que pode resultar na produção de relações mais compromissadas.

No caso que serviu de base a este ensaio reflexivo, a arte pareceu ser o caminho que realizou transformações objetivas e subjetivas, que criou novos símbolos para a sala de espera, refletindo e instruindo mudanças de intenções e atitudes no sentido do trabalho, reconciliando seus sentidos instrumentais e simbólicos.

A arte é capaz de conjugar a dimensão instrumental da ação – que busca alcançar determinado propósito – com o sentido da ação – construído por suas implicações simbólicas. Quiçá a exploração mais sistemática e aprofundada das relações entre ética e estética, entre o bem e o belo, possa também concorrer para novas formas de relacionar êxito técnico e sucesso prático nas ações de saúde, trazendo novos impulsos à humanização do cuidado em saúde.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF); 2010.
2. Gadamer HG. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. Caderno 1: a implantação da unidade de saúde da família. Brasília (DF): MS; 2000.
4. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2003. p. 89-111.
5. Silva GGSS, Pereira ER, Oliveira JO, Kodato YM. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicol Cienc Prof.* 2013; 33(4):1000-13.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Coordenação-Geral de Normas. Coordenação de rede Física, Equipamentos e Materiais Médico-hospitalares. Serviço de Rede Física. Normas para projetos. Brasília (DF); 1994.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 50. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2003.
8. Ciaco RIAS. A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares [dissertação]. São Carlos (SP): Escola de Engenharia de São Carlos; 2010.
9. Toledo LCDM. Humanização do edifício hospitalar: um tema em aberto. In: Duarte CR, Rheingantz PA, Azevedo G, Bronstein L, organizadores. O lugar do Projeto. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2007. p. 436-46.
10. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis.* 2007; 17(1):43-62.
11. Medeiros AB. Os sentidos do trabalho para os professores de uma unidade de apoio pedagógico [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Administração, Universidade do Estado de Santa Catarina; 2006.
12. Bajoit G, Franssen A. O trabalho, busca de sentido. *Rev Bras Educ.* 1997; (5-6):76-95.
13. Evelyn SS. A produção da vida: estudo do papel e lugar do trabalho na vida contemporânea [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.
14. Lefebvre H. Sociologia de Marx. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense; 1979.
15. Frigotto G. Trabalho e conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: Gomez M, Frigotto G, Arruda M, Arroyo M, Nosella P, organizadores. Trabalho e conhecimento. 9a ed. São Paulo: Cortez; 1995. p. 13-26.
16. Almeida AJM. Designe e artesanato: a experiência das bordadeiras de Passira com a moda nacional [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo; 2013.

17. Davies S. "Weitz's antiessentialism". In: Lima ECL, organizador. A percepção após a interpretação na filosofia de Danto. *Artefilosofia*. 2008; (5):96-107.
18. Hermann N. *Ética e estética: a relação quase esquecida*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
19. Schiller F. *Cartas sobre a educação estética da humanidade*. São Paulo: E.P.U; 1991.

Sato M, Ayres JRCM. Arte y humanización de las prácticas de salud en una Unidad Básica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1027-38.

El objetivo de este estudio es realizar una reflexión con contribuciones filosóficas sobre un proyecto de humanización con base en el arte, desarrollado por los profesionales de una Unidad Básica. La acogida de este tipo de servicio se refería al sector dedicado a recibir a los usuarios que buscaban atención y no tenían consulta marcada. Para restaurar el sentido de acogida difundido por la Política Nacional de Humanización, los profesionales crearon un proyecto cuyo objetivo fue modificar el ambiente de la sala de espera con el propósito de promover una transformación simbólica del espacio que pudiera favorecer la calificación de las interacciones. La investigación del fenómeno demostró que el arte tendría propiedades capaces de envolver a los sujetos en una experiencia que podría promover la creación de nuevos sentidos para la sala de espera.

Palabras clave: Humanización. Arte. Acogida. Atención primaria. Sala de espera.

Recebido em 20/10/14. Aprovado em 13/03/15.

Receituário Mais que Especial:

uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica

Livia Zanchet^(a)
 Analice de Lima Palombini^(b)
 Silvio Yasui^(c)

Zanchet L, Palombini AL, Yasui S. "Receituário Mais que Especial": an urban intervention for thinking of art and research within the context of psychiatric reform. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(55):1039-50.

This paper addresses the experience of constructing and conducting an urban intervention named "Receituário Mais que Especial", with psychiatric reform and the current context of medicalization of life as the backdrop. Focusing on the intersection between art and research in the field of psychosocial care, the authors present elements that question the boundaries between these issues and the ramifications of an intervention constructed through an interdisciplinary group: the "smooth space". The power of art and urban intervention for knowledge production, reflection and questioning regarding healthcare is clear from this path.

Keywords: Urban intervention. Psychiatric reform. Art. Research.

Este trabalho aborda a experiência de construção e realização da intervenção urbana nomeada "Receituário Mais que Especial", tendo como pano de fundo a Reforma Psiquiátrica e o atual contexto de medicalização da vida. Com foco na intersecção entre Arte e Pesquisa no terreno da Atenção Psicossocial, os autores apresentam elementos que problematizam as fronteiras entre estas temáticas e os desdobramentos da intervenção construída por um coletivo interdisciplinar, o Espaço Liso. Percebe-se, nesta trajetória, a potência da arte e da intervenção urbana na produção de conhecimento, na reflexão e problematização acerca do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Intervenção urbana. Reforma psiquiátrica. Arte. Pesquisa.

^(a) Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2600. Porto Alegre, RS, Brasil. 90035-003. liviazanchet@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, UFRGS, Instituto de Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil. analice.palombini@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, UNESP – Universidade Estadual Paulista, campus de Assis, Assis, SP, Brasil. syasui@assis.unesp.br

Introdução

Este trabalho aborda a realização de uma intervenção urbana e seus desdobramentos, com foco na intersecção entre Arte e Pesquisa no terreno da Atenção Psicossocial, tendo como pano de fundo o movimento pela Reforma Psiquiátrica (RP)¹, entendido como processo civilizador². Parte-se da formulação de Amarante³, quando situa a Reforma como 'processo social complexo', que se configura na e pela articulação de quatro dimensões simultâneas e inter-relacionadas, implicando a radical ruptura com o modelo asilar e a construção de um novo paradigma científico, ético e político.

A primeira dimensão refere-se: ao *campo epistemológico ou teórico conceitual*, ao conjunto de questões que se situam no campo da produção de saberes, à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico. A segunda é a dimensão *técnico-assistencial*, em que emerge a questão de qual modelo assistencial é possibilitado pelas teorias em voga. A terceira é a dimensão do *campo jurídico-político*, decorrente, dentre outros, do fato de a psiquiatria ter instituído noções que relacionam loucura à periculosidade, irresponsabilidade e incapacidade civil; nesta, importa discutir e redefinir as relações sociais em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. A quarta dimensão é a *sociocultural*, que expressa o objetivo maior da reforma psiquiátrica – a transformação do lugar social da loucura, pois o imaginário social, impregnado do discurso psiquiátrico, relaciona a loucura à incapacidade de o sujeito estabelecer trocas sociais e simbólicas. É, em especial, desta última dimensão que a pesquisa se ocupa, num convite à reflexão e à ação para reinventar ideias, hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente.

Yasui² propõe a Reforma como processo civilizatório inspirado nas palavras de Sergio Arouca, que assim se referia ao processo de Reforma Sanitária, afirmando que os princípios e diretrizes propostos para o Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, acessibilidade, igualdade, equidade, integralidade, descentralização, municipalização, intersetorialidade e controle social – são fundamentais para a sociedade brasileira de forma geral. Estão aí implícitos valores que tensionam cotidianamente as relações sociais produtoras de desigualdades, de heteronomias, de injustiça.

A RP propõe-se, portanto, como processo potente de transformação social. Contudo, vale considerar que este espírito de transformação, bastante presente no movimento à época de sua implantação nos anos 1990, foi-se arrefecendo. Sua crescente institucionalização alcançou os dias de hoje absolutamente integrada à Política Nacional de Saúde Mental. Em vinte anos, foram promulgadas inúmeras leis e portarias que afirmam princípios e diretrizes propostos pela RP e garantem financiamento e recursos humanos para práticas de cuidado no território. O que outrora fora um movimento instituinte, agora, impõe-se como instituído, consolidando espaços e fazeres. Observa-se, assim, a diminuição de sua força rebelde, militante e inventiva, antes tão potente porque radicalmente necessária. Benevides e Barros⁴ discutem esta questão apontando resistências e capturas da RP em tempos neoliberais, afirmando a necessidade de se manter o movimento, ou manter-se no movimento, para manter viva a política.

Apostamos na intersecção entre Arte e Pesquisa como dispositivo para manter-se no movimento. Nesta intersecção, propusemo-nos a investigar, por meio de uma intervenção urbana chamada *Receituário Mais que Especial*, disparada por um percurso de mestrado em Psicologia Social.

Arte e loucura no encontro com a cidade

Num movimento iniciado a partir da segunda metade do século XX, a atividade artística deslocou o acento das obras para a produção de acontecimentos, ações e experimentações, segundo Favaretto, conforme Lima e Pélbart⁵. De acordo com os autores, muitas formas de arte não se materializam numa coisa, existem apenas no momento em que são experimentadas e, depois, se desfazem com a efemeridade daquilo que é mais da ordem da duração que da extensão. Assim, distanciamos-nos da perspectiva de arte como produção racional de obras-primas.

Arte e Loucura aproximam-se de diversas formas: muitas obras de arte foram produzidas por sujeitos ditos "loucos" em suas épocas, impedindo reconhecimentos que só puderam acontecer a *posteriori*. O uso da arte como dispositivo de trabalho em Saúde Mental é algo bastante difundido

desde tempos remotos. Foucault, citado por Lima e Pélbart⁵, conta que, em hospitais no mundo árabe, criados por volta do século XII e destinados exclusivamente aos loucos, a música, a dança, os espetáculos e as narrativas de contos fabulosos eram utilizados como forma de intervenção e cura da alma. Mostra ainda que, durante a Renascença europeia, a retomada de conhecimentos e práticas da Antiguidade e o interesse pela loucura somaram-se à influência árabe, fazendo surgir os primeiros hospitais para insanos, nos quais essa tradição estava presente. As artes, em especial a música, tinham aí virtudes terapêuticas que atuavam na totalidade do ser humano, penetrando-lhe corpo e alma.

Para além da ideia do artista-louco e da arte como dispositivo para trabalhar com a loucura, entendemos seu uso potente para uma proposta de encontro com a cidade, no intuito de propor diálogo, reflexão e pesquisa junto à população. Experiências como a da Plataforma Corpocidade⁶ vêm mostrando quanto esta intersecção entre arte e urbano pode potencializar encontros e ampliar olhares. Suas propostas buscam outras articulações entre corpo e cidade, tomando a arte como potência questionadora de consensos forjados no espaço público e fator de explicitação dos conflitos que o espetáculo busca ofuscar.

No desejo de interpelar a cidade, seguimos Mesquita⁷, quando propõe a intervenção urbana sustentada pela relação entre arte e ativismo. O autor define o ativismo como uma ação que visa mudanças sociais ou políticas. Diz, ainda, que o estilo das intervenções urbanas pode estabelecer outras perspectivas e caminhos para fugir de condutas condicionadas e, assim, modificar os fluxos da vida cotidiana.

Inspiradora à construção da intervenção do *Receituário Mais que Especial* foi uma dupla de artistas que atua, desde 2002, realizando ações poéticas, irônicas e/ou de cunho político: o Poro⁸. As intervenções urbanas e ações efêmeras do Poro procuram levantar questionamentos sobre os problemas das cidades. Buscam trazer à tona aspectos sutis da cidade que se tornam invisíveis pela vida acelerada nos grandes centros urbanos; refletir sobre as possibilidades de relação entre os trabalhos em espaço público e os espaços institucionais; utilizar meios de comunicação popular para realizar trabalhos e reivindicar a cidade como espaço para a arte.

Por meio da intervenção urbana, criam-se condições de possibilidade para o ativismo criativo e a ocupação do espaço urbano; a arte pode provocar a reflexão crítica por meio de múltiplas linguagens, utilizando-se da leveza para trazer desconforto, sugerindo o impasse por meio do belo... Enfim, desnudando obviedades sem que sua intencionalidade seja reconhecida a priori. Além disso, promovem-se rupturas no “jogo oficial” que circula nos condicionamentos da cidade ou nas regras do sistema de arte, que determinam o que é, ou não, “ARTE”; o que é, ou não, permitido.

***Espaço Liso* – coletivo de arte e experimentação**

A proposta de criar uma intervenção urbana demandou aproximações para efetivar a construção coletiva. À procura de companhias, um encontro aconteceu com o *Espaço Liso*^(d), coletivo de arte e experimentação fundado como projeto de Extensão na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em outubro de 2012. O grupo tinha como objetivo problematizar temas pertinentes ao cuidado, à educação e à promoção de saúde, fazendo uso da arte como intercessor nas ações desenvolvidas.

O nome do projeto faz referência ao conceito de “espaço liso” proposto por Deleuze e Guattari⁹. Para abordar a produção de determinada realidade social,

^(d) Mais informações sobre o *Espaço Liso* estão disponíveis em: <http://lisoarte.wordpress.com/>

os autores sugerem a existência e composição de dois espaços: o liso e o estriado. O primeiro, espaço nômade, refere-se aos fluxos e à produção de desejos instituintes; o segundo, sedentário, refere-se aos estratos e forças instituídas pelo aparelho de Estado. Ao espaço liso cabem referências a conceitos ligados à ideia do inesperado, do desconhecido, do inventivo, ao que os autores franceses nomearão rizoma, desterritorialização, fluxos e linhas de fuga. Já o conceito de espaço estriado está ligado à zona dos estratos, dos territórios demarcáveis, das identidades, da repetição e das linhas mais sedimentadas. Liso e estriado estabelecem entre si uma relação de tensão permanente, implicando-se e produzindo-se mutuamente. Ao nomear o *Espaço Liso*, seus proponentes buscavam fundar algo que seria construído à medida que fosse acontecendo, numa mistura entre saberes e experiências, o que possibilitou uma parceria frutífera com a proposta de pesquisa de mestrado que se vinha delineando.

O Receituário Mais que Especial

O nome *Receituário Mais que Especial* constituiu-se, junto ao *Espaço Liso*, a partir de uma brincadeira com palavras, numa alusão aos *Receituários de Controle Especial* utilizados para a dispensa de medicamentos psiquiátricos controlados. A intervenção compreendia a montagem de um estande com insígnias do campo da saúde como: o jaleco, o bloco de receituários, o carimbo, as pílulas, a mesa e a cadeira de consulta, compondo um *setting*. Porém, estas insígnias estavam ali modificadas, transformadas em algo lúdico: as pílulas eram confeitos de chocolate coloridos; os receituários, confeccionados com imagens remetidas à alegria: um abraço, um sorriso, alguém correndo na chuva; o carimbo trazia a marca "Espaço Liso" em tinta vermelha; uma toalha amarela cobria a mesa, e o espaço previsto para o acontecer da intervenção era a rua, sem as paredes que configuram o trivial de um consultório (Figura 1).

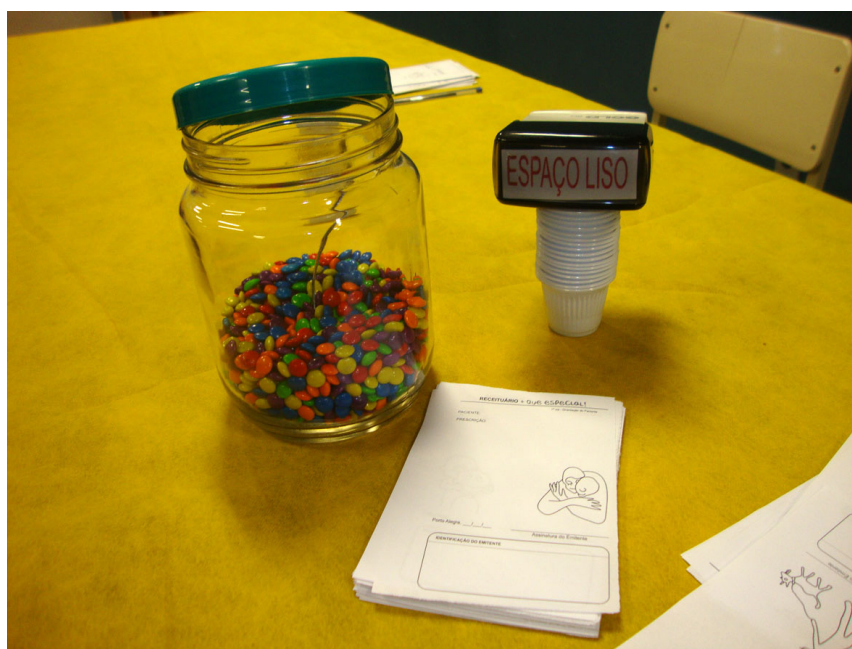


Figura 1. Materiais da intervenção

Na companhia de Giorgio Agamben¹⁰, pode-se dizer que a intervenção propunha-se a profanar essas insígnias, colocá-las num lugar de uso não-sacralizado. Agamben situa o divino, o sacralizado, como aquilo que foi separado de seu uso permitido aos homens comuns, ficando restrito aos deuses. Nas palavras do autor, ao profanar "... o que estava indisponível e separado perde a sua aura e acaba

restituído ao uso. [A profanação] desativa os dispositivos do poder e devolve ao uso comum os espaços que ele havia confiscado”¹⁰ (p. 61).

No caso aqui em discussão, são os saberes médico/psiquiátrico/da saúde que aparecem sacralizados no contexto da medicalização, pois colocam-se como saberes inquestionáveis, nem mesmo pelo empírico e palpável da experiência. A voz e a prescrição do especialista tornam-se verdades inabaláveis, promovendo a cultura de sujeitos subjugados a eles. Profanar estas insígnias é devolvê-las ao uso comum, deixá-las circular nos corpos de outros. Mais do que isso, é reinventar seus usos.

A proposta de uso das insígnias, porém, em especial o jaleco branco, provoca questionamentos. Convocados pelo jaleco, os participantes da intervenção poderiam experienciar uma produção pastiche que, ao manter um simulacro de consultas, colocaria o sujeito numa posição equívoca, pois não as realizaria conforme os parâmetros esperados. Este correria o risco de se expor, ingenuamente, naquilo que diz respeito a sua vida privada, e os que ali escutassem não estariam necessariamente implicados eticamente com uma escuta especializada.

Com efeito, há estudos afirmando o “peso” do jaleco branco, ou seja, o quanto ele influencia aqueles que com ele se encontram. Artigos publicados mostram, por exemplo, as influências do jaleco nos resultados de mensuração e monitoramento da pressão arterial¹¹. A chamada “Hipertensão do Jaleco Branco” caracteriza o fenômeno que ocorre com pessoas cuja pressão arterial sistêmica é persistentemente elevada quando medida no consultório do médico ou na clínica, porém normal em outras ocasiões. Sugere-se que tais pessoas estão em risco relativamente baixo para morbidade cardiovascular, e que o tratamento farmacológico de sua pressão arterial talvez não seja apropriado. O jaleco branco, portanto, não é inócuo; sua presença produz efeitos sabidos de antemão.

O trabalho da artista plástica Lygia Clark que, a partir de 1975, passou a se dedicar ao estudo das possibilidades terapêuticas da arte, trabalhando com o que veio a chamar de “Objetos Relacionais” contribui para esta reflexão. Por conta da forma como propunha seu trabalho, Lygia foi acusada de charlatanismo, numa crítica à instrumentalização da arte e, concomitantemente, a sua ineficiência clínica. Já Suely Rolnik¹², no texto intitulado “Lygia Clark e o híbrido arte/clínica”, trata a respeito do trabalho de Lygia, situando o lugar híbrido promovido pela artista entre arte e clínica, e da potência que aí residiria. Remete-se às palavras de Lygia, quando esta declara, em entrevista acerca da obra já citada: “É um trabalho de fronteira porque não é psicanálise, não é arte. Então eu fico na fronteira, completamente sozinha” (p. 6). São palavras que vão ao encontro daquilo que o Espaço Liso propôs e intencionou produzir com sua intervenção: nem arte, nem clínica, mas algo que também é arte e também é clínica, por ocupar esta hibridização. E, no entendimento do grupo, tangenciou também o lugar político, pois acontecia na *polis* e se dirigia à população e suas verdades cristalizadas acerca da subjetividade e de seus modos de estar no mundo.

Outra experiência onde são encontradas semelhanças com a proposta do *Receituário* é a da *Farmácia Fischer e Cia*¹³, do artista e filósofo franco-canadense Hervé Fischer. Em 1975, o artista levou sua intervenção para a Praça da República, no centro da cidade de São Paulo, durante o período da ditadura militar. Vestido como um farmacêutico de jaleco branco, Hervé propunha-se a escutar as mais diversas histórias de vida que quisessem lhe contar, disparadas por perguntas simples e diretas como: “Você tem problemas?” “Quais são suas frustrações?” Após a escuta, Hervé prescrevia: pílulas plásticas não consumíveis para o amor, para o medo, para a morte, pílulas para os sonhos, pílulas-vitamina, pílulas-água, pílulas-carne, pílulas-pão, pílulas-vinho... Uma infinidade delas, de acordo com a necessidade de cada um. Formaram-se filas de pessoas para um atendimento na *Farmácia Fischer e Cia*.

Uma referência à intervenção como algo pastiche questionava se a construção de um simulacro de consulta, com modificações tão pouco evidentes, poderia produzir transformação. Não se estaria produzindo “mais do mesmo”, como se costuma dizer no jargão popular? Se, ao fim e ao cabo, o que as pessoas receberiam seria uma prescrição com balinhas de chocolate, remetidas à significação de pílulas, o que haveria de realmente diferente e inventivo?

A partir desses questionamentos, suspenderam-se mais algumas das certezas e intenções do grupo com a intervenção. Contudo, optou-se por arriscar manter a aposta na potência de produzir um desvio no esperado e já sabido. Na companhia de Donna Haraway¹⁴, escolheu-se olhar as insígnias pela via da blasfêmia, carregadas de ironia:

Blasfêmia não é apostasia. A ironia tem a ver com contradições que não se resolvem – ainda que dialeticamente – em totalidades mais amplas: ela tem a ver com a tensão de manter juntas coisas incompatíveis porque todas são necessárias e verdadeiras. A ironia tem a ver com o humor e o jogo sério. (p. 35)

Havia a intenção de abordar a temática da medicalização no espaço aberto da cidade, com o objetivo de produzir tensionamentos, incômodos, problematizações; mas, também, de produzir a emergência de afetos alegres, num contrafluxo ao afeto triste e à preocupação evocados correntemente pelos atendimentos em saúde. Era a curiosidade e a possível articulação de processos de mudanças que acompanhavam o colocar-se em ação do *Receituário Mais que Especial*.

Sobre o acontecer do *Receituário*

A intervenção deu-se em quatro diferentes situações durante os dois anos da pesquisa. Todas elas ligadas ao campo da saúde mental coletiva, em eventos e atividades propostos a partir desta temática.

A primeira vez em que o *Receituário* entrou em ação foi na primavera de 2012, no *Saúde Mental no Parque*, no Parque Farroupilha em Porto Alegre/RS, evento alusivo aos vinte anos de promulgação da Lei 9.716⁽⁶⁾.

Neste dia, foram usadas máscaras de teatro sobre o rosto de seus realizadores, no intuito de demarcar a diferença entre um atendimento profissional em saúde e aquilo que ali se produzia. As máscaras também reforçavam o caráter lúdico e inventivo do trabalho. Porém, traziam para a cena efeitos em duas direções divergentes: por um lado, permitiam um disfarce à timidez, possível obstáculo à realização da intervenção; por outro, poderiam promover resistências ao encontro, uma vez que marcavam, por si só, um distanciamento, impunham uma barreira ao contato. Vestidos com os jalecos, canetas, receituários, carimbo e “pílulas” sobre a mesa, aguardava-se a aproximação dos participantes.

Do início ao fim do período das “consultas”, as cadeiras reservadas aos “pacientes” estiveram ocupadas. Percebiam-se os olhares direcionados àquela cena – por vezes, apenas olhares daqueles que não se animavam a se aproximar. Era também comum que, ao passar pela experiência da consulta, a pessoa se levantasse e convidasse um amigo ou alguém próximo, dizendo algo parecido com “Vai ali, é legal. Eu já fiz a minha”, mostrando sua prescrição e seu copinho com balas.

As pessoas que chegavam contavam um pouco sobre si, algumas levavam tudo aquilo muito a sério, davam mostras de querer buscar respostas às suas questões mais pessoais do momento; outros, nem tanto, preferiam tomar o lúdico da experiência como seu ponto principal. O *Receituário* pôde disparar afetos alegres, por meio do encontro que proporcionava entre aquele que falava e aquele que escutava – posições que se intercambiavam permanentemente.

Dentre as diversas narrativas escutadas naquela tarde, um jovem adulto contou estar com dois problemas: mulher e dinheiro. Alegava que lhe faltavam os dois, já que as mulheres só estão interessadas em homens com dinheiro e acabam querendo estar apenas com aqueles que podem lhes pagar coisas caras. Uma das participantes do *Espaço Liso* sugeriu-lhe que talvez ele estivesse procurando as mulheres erradas. Foi-lhe prescrito parar de frequentar lugares badalados. Escutando-o um pouco mais, ele falou de coisas que gostava, elencando a vista do pôr do sol como algo que lhe era valioso. Ela então acrescentou à sua

⁽⁶⁾ Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.mprs.mp.br/dirhum/legislacao/id326.htm>

prescrição que, ao menos uma vez por semana, fosse com um chimarrão à Usina do Gasômetro – espaço público à beira do Lago Guaíba, onde os porto-alegrenses costumam desfrutar o espetáculo do sol se pondo. O moço sorriu. Foram-lhe entregues ainda algumas pílulas coloridas, com o indicativo de que poderiam potencializar os encontros. Foi-lhe dito para ter cuidado com as verdes, pois eram “alucinógenas”. Foi a primeira que ele ingeriu.

Naquela tarde, foram prescritos: muitos passeios no parque, encontro com amigos, banhos de chuva, menos trabalho, mais alegria, cambalhotas, traquinagens, sorrisos aleatórios, menos do mesmo, lambidas de cusco, perfume de flor, sol com bergamotas, comidinha de mãe, abraços aconchegantes, música... e foram distribuídas pílulas doces e coloridas. Tais prescrições produziam um interessante efeito de estranhamento nos encontros.

Alguns meses depois, em março de 2013, recebemos convite para participar com o *Receituário* em evento diretamente ligado à Pesquisa da Gestão Autônoma da Medicação: o lançamento público, em Porto Alegre, da versão Brasileira do Guia da Gestão Autônoma da Medicação – Guia GAM-BR⁽⁶⁾. E, em maio do mesmo ano, a intervenção teve lugar no centro da cidade, também a convite, durante a Semana da Luta Antimanicomial.

Neste dia, fizemos várias experimentações, aproveitando contarmos com um número maior de participantes: consultas com uma pessoa, com duas, em bando – eram mudadas as configurações de quem se colocava atrás da mesa a utilizar as receitas, brincando com a dupla “o que atende *versus* o que é atendido”. Percebemos que estar em maior número ampliava as possibilidades de intervir e produzir diálogos a respeito do que emergia. Pela primeira vez, pessoas realmente desconhecidas e distantes do campo da saúde mental tiveram contato com o *Receituário*, pois ele estava em lugar público e aberto da cidade, em local de permanente circulação de pessoas no período diurno.

Inúmeros transeuntes se mostraram curiosos quanto ao que fazíamos ali. Alguns perguntaram se éramos “doutores”, ao que respondíamos: “Não somos doutores; somos um grupo de arte e experimentação que aqui está para escutar as demandas de cada um e produzir conjuntamente uma receita para lhe oferecer”. Por vezes, o equívoco aí colocado causava estranhamento e um breve incômodo pelo pouco entendimento do que vinha a ser tudo aquilo. No entanto, rapidamente a expressão de não-compreensão abandonava os rostos, e as pessoas sentavam-se à mesa para participar. Houve uma transeunte que, ao receber uma negativa sobre a presença de “doutores”, afastou-se dizendo: “Ah, que pena, eu estava precisando falar com um; mas se vocês não são, obrigada.”

Um jovem casal contou sobre seu momento atual de vida: há pouco tempo compartilhavam o mesmo espaço de moradia. Ambos sorridentes, diziam ter muitas dúvidas a respeito do que aconteceria nesta nova forma de habitar a casa. Cada um escolheu o seu *receituário*, mas pediram que colocássemos os nomes de ambos nos dois papéis. As receitas ficaram assim: “Gabi e Pedro (Pedro e Gabi na segunda), que tal menos Psicologia e mais cosquinhas?” (Numa referência ao que contaram, que ambos eram estudantes da Psicologia e, às vezes, suas conversas ficavam tomadas por temas sérios e psicológicos). “Sugerimos MAIS ARTE, às vezes juntos e às vezes separados. E muito amor, sempre.” (Pois falaram quanto os estudos em Psicologia e as demandas de trabalhos acadêmicos estavam a distanciá-los da Arte, campo de que tanto gostavam, em especial a música e o teatro). Após terminarmos o preenchimento das receitas, a moça do casal, ao receber também uma pequena quantidade de confeitos, exclamou: “Hmm, que legal! Vou colocar nossas receitas na porta da geladeira”. Despediram-se. O rapaz esquecera sobre a mesa a caderneta de anotações que carregava consigo.

⁽⁶⁾ Guia GAM. Onocko Campos R, Passos E, Leal E, Palombini A, Serpa O, et al. DSC/FCM/ UNICAMP, AFLORE, IPUB/UFRJ, DP/UFF, DPP/UFRGS, 2012. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/guia_gam.pdf

Aquilo que entregávamos às pessoas – a receita preenchida e os confeitos de chocolate – ganhava, para algumas, o estatuto de um presente, de um agrado, de algo importante que valia ser visto, como um lembrete na porta da geladeira, que lá está para não ser esquecido, para ter presença.

Ficávamos com cópias das receitas, colocando um papel carbono entre duas folhas. Dessa forma, entregávamos algo, mas também ficávamos com algo destas pessoas, constituindo um movimento de troca permanente. E sempre lhes era solicitada a permissão para fazer isso, dizendo-lhes que, ao nosso grupo, interessava viver e contar dessa experiência depois.

A última intervenção aconteceu dois meses depois, no pátio de um grande hospital da cidade, que abriga, atualmente, o Chalé da Cultura (antigo ponto de cultura), o qual promove saraus mensais. Era num desses saraus que estávamos. Diferentemente das vezes anteriores, nossa presença não era facilmente percebida. Os jalecos brancos faziam de nós figuras muito semelhantes ao público que por ali circulava – médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, todos portando seus jalecos, fardamento de trabalho diário (Figuras 2 e 3).



Figura 2. No parque

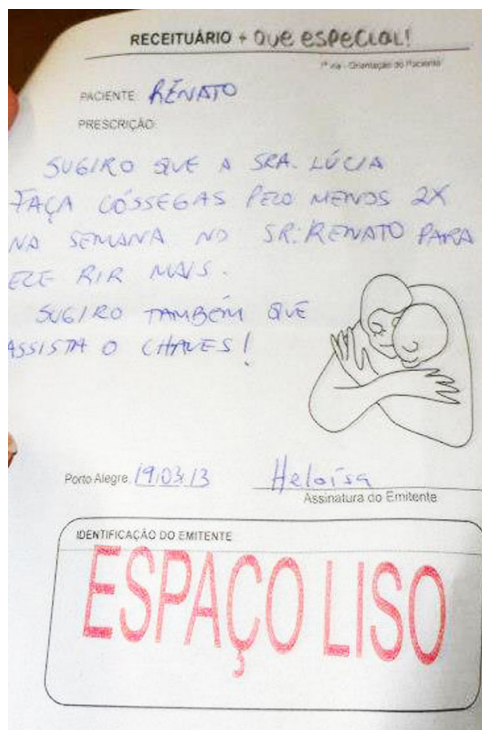


Figura 3. Receituários Mais que Especiais

A colheita de alguns comuns

Ao finalizar estes quatro momentos de intervenção com o *Receituário Mais que Especial*, pudemos constatar que nosso trabalho propunha algo com incidência subjetiva em nós mesmos, transformando-nos a cada realização; mas também naqueles que experienciavam o que se lhes ofertava, dadas as reflexões que lhes eram propostas, a suspensão de sentidos e significados, e sua possibilidade de recriação. Algo da ordem da dimensão artística e da dimensão política estava colocado em meio ao trabalho: da arte, enquanto potência inventiva; da política, enquanto implicação dos sujeitos naquilo que experienciam e trocam com outro, reposicionado-os, quem sabe, frente a relações de poder instituídas e cristalizadas, em direção a formas de se pensar e relacionar mais autônomas e participativas, questionando o lugar das pílulas em suas vidas.

Em todos os momentos, ocupamos espaços que consideramos “protegidos” para realizar a intervenção: se não por paredes, pelo resguardo da ligação com atividades propostas pela saúde mental e, conseqüentemente, pela presença de parceiros. Exceto na primeira vez, a atividade foi realizada “a convite” de alguém que conheceu a proposta e por ela se interessou. E, nesta primeira vez, ainda que não tenhamos sido convidados, o *Receituário* compareceu em um evento alusivo às discussões da Reforma Psiquiátrica. Por que motivos o coletivo não ganhou a cidade, da forma como imaginávamos de início?

São pistas, apenas, o que se pode traçar para responder esta pergunta. Uma delas refere-se à questão do tempo necessário aos encontros e à própria realização da intervenção e das atuais configurações da relação deste mesmo tempo com a produtividade nos dias de hoje. Todos nós, componentes do coletivo, tínhamos o *Espaço Liso* como uma atividade e um laço comum; contudo, todos estávamos envolvidos com um apanhado de outras atividades, com dificuldades significativas para obter horários compatíveis para a realização de encontros presenciais. Fomos também um número reduzido de pessoas que permaneceu ao longo destes quatro momentos, em relação a todas as pessoas que, inicialmente, participavam do coletivo. Entre estes poucos, percebemos a similaridade de estarem todos carregando, em suas bagagens de vida, uma aproximação anterior com o campo da saúde mental e um interesse marcante por seus tensionamentos e disputas.

Com a intervenção urbana do *Receituário*, procuramos levantar questionamentos acerca de um cotidiano medicalizado. Nossa intervenção propunha-se a promover resistência política, mas, também, poética, levando, às pessoas, uma discussão sobre o cuidado e sobre a vida que, em muitos circuitos, não acontece. Com sutileza de produzir movimentos inspirados pela Arte, em uma intervenção que talvez não possa se dizer artística em essência, mas que carrega a Arte consigo, uma vez que foi produzida num encontro entre artistas, pesquisadores, curiosos, interessados e desbravadores. Usar o *Receituário Mais que Especial* para abordar questões concernentes ao atual cotidiano de medicalização da vida foi um ato de trazer a público um posicionamento político, sem pedir muita licença, mas, também, sem agredir.

À guisa da conclusão: arte e pesquisa, um encontro para olhar

O trabalho com o *Receituário* levou-nos a intervir, mas, também, a conhecer. Um pequeno texto de Eduardo Galeano¹⁵ publicado em *O Livro dos Abraços*, cujo título é “A função da arte”, contribui para reflexão sobre a função desta pesquisa:

A função da arte/1

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.

Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.

Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.

E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:
– Me ajuda a olhar! (p. 15)

Arte ou pesquisa. Ambas talvez tenham em comum esta dimensão: ajudar a olhar, a ouvir. A complexidade da realidade é imensa, e nossos sentidos não podem, ainda bem, contemplar tudo. Mesmo naquilo que vemos e ouvimos, falta-nos apoio para vermos e ouvirmos de modo diferente, para apreender a realidade e afetar-se por ela. Há, portanto, uma produção de saber neste encontro propiciado pela arte, que é próxima à da pesquisa.

A sociedade é tão vasta e inconstante como o mar do conto de Galeano. Há tempos de maré alta, maré baixa, ressacas e vazantes. Garantir uma unicidade de interesses e pensamentos está na ordem do impossível, apenas uma certeza delirante poderia validar tal intenção. Reflexões acerca do cuidado em saúde no contexto de medicalização, proporcionando um posicionamento crítico, é processo complexo. A Reforma Psiquiátrica é entendida aqui, já o dissemos, como processo civilizatório que envolve protagonismos². É também uma política pública que gera, infelizmente, atos prescritivos e normativos, os quais têm produzidos efeitos de cristalização, de enrijecimento. Por isso e, na direção de seguir o percurso que afirma seus princípios, tornam-se necessárias intervenções que provoquem a população usuária de seus serviços, que instiguem seus profissionais a despir os jalecos – de qualquer espécie.

A potência criativa dos trabalhadores que deram corpo à Reforma Psiquiátrica estava exatamente na produção de espaços nômades até então inexistentes, confluência de fluxos e produção desejanse que fez nascer suas experiências as mais exitosas. Temos assistido, nos últimos anos, a institucionalização dessas experiências e sua transformação em espaços duros, estriados, que, longe da inspiração inicial, mantêm como centro de sua lógica a medicação da vida. Não raro, a primeira pergunta que formulam muitas equipes diante de um usuário que se apresenta em crise é: *será que ele tomou os seus medicamentos?*

Transformar este tema – tão caro à lógica hegemônica ainda presente nos serviços de saúde – em uma intervenção criativa, irreverente e delicada é como dizer, com Hans Andersen¹⁶: *O rei está nu!*

Colaboradores

Os autores participaram conjuntamente da elaboração do artigo, de forma que Livia Zanchet foi responsável pela redação a partir de sua defesa de mestrado. Sílvio Yasui fez contribuições como avaliador na banca, que foram incorporadas ao texto, e auxiliou na sua revisão final. Analice Palombini foi orientadora do trabalho de mestrado, participando das discussões durante toda a sua construção e, também auxiliou, na sua revisão final.

Referências

1. Amarante P, Campos FN, organizadores. Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni; 2012.
2. Yasui S. Rupturas e encontros – desafios da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec; 2010.
3. Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.
4. Barros RB. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 196-206.
5. Lima EMFA, Pelbart PP. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* [Internet]. 2007 [acesso 2014 Ago 4]; 14(3):709-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300003&lng=pt
6. Jacques PB, Britto FD. Corpocidade: debates, ações e articulações. Salvador: UFBA; 2010.
7. Mesquita AL. Insurgências poéticas: arte ativista e ação coletiva (1990-2000) [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2008.
8. Campbell B, Terça-Nada M, organizadores. Intervalo, respiro, pequenos deslocamentos: ações poéticas do Poro. São Paulo: Radical Livros; 2011.
9. Deleuze G, Guatarri F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34; 1997. v. 5.
10. Agambem G. Elogio da profanação. In: Agambem G, organizador. Profanações. São Paulo: Boitempo; 2007. p. 57-71.
11. Massierer D, Oliveira ACT, Steinhorst AM, Gus M, Ascoli AM, Gonçalves SC, et al. Prevalence of resistant hypertension in non-elderly adults: prospective study in a clinical setting. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 [acesso 2014 Ago 4];99(1):630-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000008&lng=pt
12. Rolnik S, organizadora. Lygia Clark e o híbrido arte/clínica [Internet]. São Paulo; 1996 [acesso 2014 Mar 28]. Disponível em: <http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/Artecli.pdf>
13. Fischer H. Nouvelle nature: exposition présentée au Musée d'art moderne de Céret du 30 octobre 2010 au 6 février 2011 [Internet]. Chap. 7: La Pharmacie Fischer. Céret; 2011 [acesso 2015 Mar 8]. Disponível em: http://racine.cccommunication.biz/v1/wents/users/69265/docs/catalogue%20Fischer_lowrez.pdf
14. Haraway DJ. Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Haraway DJ, Kunzru H, Tadeu T, organizadores. Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2009. p. 33-118.
15. Galeano E. A função da arte/1: o livro dos abraços. Porto Alegre: L&PM; 2007.
16. Andersen CH. A roupa nova do rei. In: Andersen CH, organizador. Histórias maravilhosas de Andersen. São Paulo: Cia. das Letrinhas; 1995. p. 15-21.

Zanchet L, Palombini AL, Yasui S. Recetario Más que Especial: una intervención urbana para pensar arte e investigación en el contexto de la Reforma Psiquiátrica. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1039-50.

Este trabajo aborda la experiencia de construcción y realización de la intervención "Recetario Más que Especial", teniendo como telón de fondo la Reforma Psiquiátrica y el contexto actual de medicalización de la vida. Enfocándose en la intersección entre Arte e Investigación en el terreno de la Atención Psicosocial, los autores presentan elementos que problematizan las fronteras entre estas temáticas y los desdoblamientos de la intervención construida por un colectivo interdisciplinario, el Espacio Liso. En esta trayectoria se percibe la potencia del arte y de la intervención urbana en la producción de conocimiento, en la reflexión y problematización sobre el cuidado de la salud.

Palabras clave: Intervención urbana. Reforma psiquiátrica. Artes. Investigación.

Recebido em 11/08/14. Aprovado em 13/03/15.

Arte y Salud:

algunas reflexiones para profundizar las potencialidades de análisis del campo

Gabriela Wald^(a)

Wald G. Arts and Health: some thoughts for deepening the potential of analysis in this field. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(55):1051-62.

This paper discusses the most common principles of the “arts and health” field, and specifically studies from Anglo-Saxon countries that analyze community-based art programs. It presents results from a qualitative study that was conducted within two youth orchestra projects in the city of Buenos Aires, Argentina, which had the aim of social integration. This study showed how the possibilities for an art education project to have an influence depend not only on what the programs can offer, but also fundamentally on who the participants are and can bring along: their universe of beliefs and standards, interpretation schemes, moral stances, cultural repertoires, practical knowledge, memories and economic, occupational and educational paths. These factors, which stem from prior socialization processes, constitute a form of filter or sieve through and from which artistic interventions may or may not have appropriate results.

Keywords: Youth orchestras. Arts and health. Young people. Vulnerability. Artistic education.

El artículo discute las asunciones más corrientes del campo “arte y salud”, específicamente aquellos estudios del mundo anglosajón que analizan los programas de arte basados en la comunidad. Presenta resultados de una investigación cualitativa realizada en dos proyectos de orquestas juveniles con fines de integración social de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. El trabajo muestra cómo las posibilidades de influencia de un proyecto de educación artística dependen no sólo de lo que los programas ofrecen sino, fundamentalmente, de aquello que los participantes traen y son: sus universos de creencias y normativos, sus esquemas de interpretación, posicionamientos morales, repertorios culturales, saberes prácticos, memorias, trayectorias económicas, laborales, educativas. Estos aspectos, que son resultado de procesos de socialización previos, constituyen una suerte de filtro o tamiz a través y a partir de los cuales las intervenciones artísticas pueden – o no – ser apropiadas.

Palabras clave: Orquestas juveniles. Arte y Salud. Jóvenes. Vulnerabilidad. Educación artística.

^(a) Conicet. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Área de Salud y Población. Uriburu 950, 6to piso of. 3, 1114, Buenos Aires, Argentina. gawald@gmail.com

Introducción

El presente trabajo aporta al debate de un reciente campo de intervención y estudio denominado “arte y salud”, tomando como referencia la perspectiva desarrollada en el mundo anglosajón^{1,2}.

Las relaciones entre arte y salud se han discutido durante los últimos 30 años en diversas latitudes incluyendo América latina³⁻⁶. En Gran Bretaña a partir de 1990 el campo tuvo un gran desarrollo^{1,2,5,7}, como consecuencia de la implementación de un abanico de intervenciones novedosas basadas en una concepción amplia e integral de salud. Antes de eso, las intervenciones en arte y salud solían confinarse a hospitales o clínicas, o al uso del teatro, la música, la pintura y otras artes para la comunicación de mensajes saludables^{1,8}.

A partir del surgimiento de esas intervenciones, distintos académicos - nos centraremos aquí principalmente en los académicos anglosajones - comenzaron a investigar de manera sistemática cómo las artes impactaban en el bienestar de las poblaciones, incluyendo el análisis de actividades en ámbitos sanitarios y fuera de ellos, en las comunidades^{1,2,7-9}.

El contexto socio-político para el nacimiento de este campo lo constituyeron las nuevas agendas transversales en política social de occidente, basadas en la idea del Desarrollo Humano¹⁰ y preocupadas por temáticas como la *cohesión comunitaria*, la *inclusión social* y el *desarrollo sustentable*^{2,11}. En paralelo, la esfera cultural cobró en los años 1990 un protagonismo mayor que en momentos anteriores de la historia, cuestión que se evidenció en el uso creciente de todo tipo de prácticas artístico-culturales como herramientas para el mejoramiento sociopolítico y económico¹².

En términos teóricos, el campo del arte y la salud es heredero del concepto positivo e integral de salud - entendido no como ausencia de enfermedad sino como un proceso de bienestar colectivo influenciado por factores económicos, psico-sociales, culturales y ambientales¹³⁻¹⁵. Asimismo, influyeron las teorías del capital social, que sugerían que la participación en proyectos locales podía mejorar la comunicación y las relaciones comunitarias^{16,17}, a la vez que incrementar la sensación de bienestar y autoestima¹⁸.

El uso del arte para promover objetivos sociales no es una idea nueva. Durante los años 1960 diversas iniciativas para trabajar con poblaciones excluidas fueron ofrecidas por artistas y organizaciones vinculadas a las artes¹⁹. Lo que sucede a partir de la década de 1990 es que iniciativas de arte en la comunidad comienzan a ser implementadas desde el sector salud - en conjunto con otros sectores - en un ejercicio interdisciplinario que convoca actores tanto de campo de la cultura y las artes como de desarrollo social, educación artística, psicología social y comunitaria, entre otros^{1,9,20}.

Como consecuencia de la extensión de proyectos de arte que buscan promover el bienestar, la investigación en el marco de los mismos dio lugar a un conjunto creciente de trabajos que estudian los posibles beneficios del arte sobre la salud integral.

Para sintetizar la diversidad de enfoques y actividades que se incluyen en el campo, Macnaughton, White y Stacy⁸ realizaron el diagrama de la Figura 1 - basado en uno desarrollado por Smith⁹.

Como puede observarse, el campo es heterogéneo. Incluye iniciativas focalizadas en los beneficios terapéuticos de las artes así como otras que buscan establecer mejoras en los servicios de salud, desarrollar campañas participativas en salud, y aquellas con objetivos transversales como mejorar el capital social y los vínculos comunitarios, o generar espacios de integración social.

Como consecuencia de esta diversidad, los estudios del campo han generado literatura con dos objetivos principales: establecer conexiones teóricas entre arte y salud - en particular para aquellas intervenciones comunitarias - y proveer evidencia empírica de dichas conexiones.

En el presente trabajo me propongo discutir algunas de las asunciones más corrientes que circulan en este campo, utilizando resultados de una investigación cualitativa realizada en el marco de dos proyectos de orquestas juveniles en dos barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Considero que los resultados que aquí se presentan pueden aportar elementos sustantivos para la discusión de los vínculos entre intervenciones artísticas y cambios en los participantes - fundamentalmente por las preguntas problema y el enfoque epistemológico propuesto.

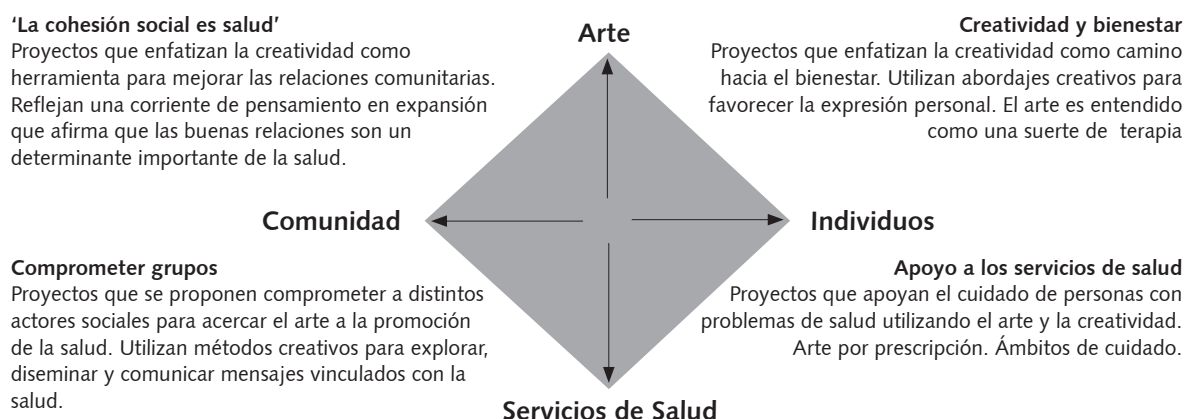


Figura 1. Dimensiones centrales en Arte y Salud

Fuente: Macnaughton, White y Stacy⁸.

Sitúo el debate en el cuadrante superior izquierdo del diamante arriba presentado, dialogando con aquellos trabajos que analizan intervenciones de arte en la comunidad sin contenidos específicos de salud. Estas intervenciones de carácter colectivo con foco en el arte pueden ser analizadas por una gran variedad de disciplinas y campos de trabajo, entre los cuales se cuentan la educación artística, la educación comunitaria, la educación no formal, las políticas sociales, las políticas culturales con sectores populares, la educación popular, la psicología social y comunitaria, la antropología, la sociología y hasta la economía. Si bien los resultados que aquí se presentan pueden resultar útiles y pertinentes a todos esos campos, es en la arena sanitaria donde aún predominan modelos explicativos naturalistas y causalistas que casi nunca conviven con la complejidad que requiere el análisis de las intervenciones sociales en contextos de vulnerabilidad social, en particular cuando involucran elementos de la cultura y las artes. Por eso el interés que este trabajo tiene para dicho campo.

Las conexiones entre arte y salud: la búsqueda de indicadores intermedios

Para comprender por qué las intervenciones de arte en la comunidad son pertinentes al campo de la salud es central comprender el concepto positivo e integral de salud²⁰. Si bien el mismo no ha estado exento de críticas y contradicciones – si todo es dominio de la salud entonces nada lo es, dicen sus principales detractores – el mundo occidental lo ha adoptado como propio hace ya varias décadas. Reconoce como pertenecientes a su campo problemático las prácticas, situaciones o condiciones capaces de producir tanto bienestar como malestar en los sujetos, grupos y comunidades¹⁵.

En líneas generales, los diferentes estudios llevados a cabo en intervenciones comunitarias de arte y salud afirman que estas experiencias son beneficiosas para la salud y el bienestar de sus participantes. Las mismas *pueden* promover sensaciones de bienestar, emociones positivas, auto confianza, auto valoración, capacidades para la socialización, relaciones grupales positivas, redes comunitarias, disfrute, diversión, distensión, cohesión, compromiso, comunicación comunitaria, reducción del estrés, etc.^{1,2,8,21-29}.

Dada la prevalencia dentro del sector salud de la investigación cuantitativa, y la dificultad existente en el mismo para incorporar o al menos dialogar con paradigmas de investigación interpretativos, los estudios en *arte y salud* se han centrado en demostrar los beneficios del arte en la mejora de la vida de

las personas a partir de la definición de *indicadores intermedios* de salud *individual y colectiva*. Es decir, aplicaron indicadores blandos dentro de un modelo de abordaje inspirado en las ciencias duras.

Los estudios analizan dos grandes grupos de dimensiones e indicadores vinculados a proyectos de arte comunitario. El primer grupo está compuesto por los **resultados** en términos de salud amplia y bienestar que las iniciativas artísticas pueden lograr, mientras que el segundo aborda los **procesos** pedagógicos y las metodologías de intervención que facilitarían o dificultarían esos resultados.

Dentro de los **resultados** que los proyectos pueden lograr, los investigadores identifican **factores individuales** (autovaloración, autoestima, diversión, confianza en uno mismo, orgullo por los logros conseguidos, sensaciones de disfrute, bienestar y pertenencia, reducción del estrés, habilidades expresivas, motivación, compromiso, comprensión de uno mismo, habilidades para la negociación y resolución de problemas, desarrollo de identidades positivas) **y factores colectivos: al interior del grupo** (amistad, sociabilidad, relaciones de confianza, habilidades para la organización) **y con la sociedad** (construir una imagen positiva de las personas que viven en contextos de vulnerabilidad social, erigir capacidades locales basadas en aspectos comunitarios positivos, combatir inequidades en salud, generar orgullo de los grupos marginados, incremento del sentido del derecho, de redes sociales, de vínculos comunitarios e inclusión social)^{1,2,5,8,9,11,22,21,23-27,29,30-32}.

En relación a los **procesos que facilitan dichos resultados**, la literatura sugiere que son más exitosos aquellos proyectos que a) focalizan en los procesos creativos e imaginativos, y en la producción de arte de calidad; b) no necesariamente establecen vínculos ente las actividades artísticas y contenidos sociales o educacionales (muchos participantes desaprueban estas conexiones); c) construyen espacios distendidos y acogedores que facilitan la interacción entre los participantes y de éstos con los docentes; y d) trabajan para que la comunidad local se involucre y apropie del espacio que se ha generado²⁴⁻²⁸.

Asimismo, los estudios señalan que iniciativas de arte comunitario pueden producir cambios en dimensiones colectivas de salud en las cuales las intervenciones de base biomédicas no han sido efectivas^{20,32} y por lo tanto, pueden ser consideradas un medio efectivo de promoción de la salud. Sin embargo, la potencialidad de cada proyecto depende de su modelo de intervención, de la estrategia pedagógica, de los modelos de participación que promueve y hasta de ciertos individuos^{25,26}.

A simple vista lo expuesto en este apartado pareciera ser un modelo disponible para el análisis de experiencias de arte comunitario, aplicable a contextos y situaciones diversas. El mismo permitiría establecer vínculos – o afirmar que no existen – entre estas experiencias y aspectos de salud integral vía la presencia o no de indicadores intermedios. Ahora bien, ¿qué lugar otorgan estos estudios al bagaje que cada persona trae consigo cuando se acerca a un proyecto de arte comunitario? ¿Es posible pensar en los “efectos” de un programa de arte comunitario focalizando sólo en aquello que las iniciativas ofrecen? ¿Qué lugar tiene en este tipo de modelos explicativos el interjuego entre condiciones estructurales, repertorios culturales y trayectorias biográficas de los participantes – cuestiones que al desplegarse van configurando apropiaciones diferenciales de los proyectos? Si la estética y el arte son nociones/prácticas socialmente construidas y situadas ¿por qué se las analiza sin hacer referencia a estas cuestiones?

En el apartado siguiente se describirán los dos proyectos de orquestas juveniles en los cuales se realizó la investigación que se presenta, así como la metodología utilizada. En los apartados que le siguen se analizarán algunos resultados, en diálogo con ciertas ideas del campo del arte y la salud.

Apuntes sobre los casos y la metodología

Como mencioné anteriormente, este artículo presenta algunos resultados de una investigación realizada en el marco de dos proyectos de orquestas juveniles en dos barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires.

Los principales objetivos fueron a) comprender los sentidos que los jóvenes y sus padres/madres otorgaban al paso por los proyectos de orquestas juveniles, b) analizar los modos en que se apropiaban de aquello que los proyectos les proponían y c) indagar qué elementos podrían estar influyendo en

estos sentidos y apropiaciones. Si bien estos procesos parecieran distanciarse bastante de lo que proponen los estudios en “arte y salud”, tanto los “sentidos” de las orquestas como sus “usos” o “apropiaciones” implican indagar en las categorías e indicadores que dicho campo propone, pero desde una perspectiva que totalice la experiencia vivida. Así, el análisis aquí propuesto avanza sobre procesos complejos que pueden o no dar lugar a los indicadores intermedios enunciados más arriba (individuales como autoestima, confianza en uno mismo, disfrute, etc. y colectivos, como sociabilidad, habilidades para la organización, construir una imagen positiva de los sectores populares, etc.) pero desde una postura teórica y epistemológica que complejiza las lecturas causalistas que priman en el campo del arte y la salud.

Me propuse asimismo indagar si existían regularidades entre los sentidos y usos de las orquestas y distintas características de los jóvenes y sus familias (posición socioeconómica, trayectorias educativa, laboral, residencial; y repertorios culturales).

Para llevar adelante la investigación opté por un enfoque cualitativo, interpretativo y de inspiración etnográfica pues las dos características básicas del método etnográfico 1) la presencia sostenida del investigador en el terreno donde tienen lugar las prácticas que analiza y 2) el trabajo con los sentidos y representaciones de los actores a partir de sus puntos de vista^{33,34} se revelaron centrales para abordar las preguntas problema de este estudio.

La investigación constó de dos etapas. La primera comenzó en abril del año 2010 e implicó la inserción la que llamaremos la Orquesta Juvenil A^(b) durante un año y medio. La segunda comenzó en agosto de 2010 con la inserción en la que llamaremos la Orquesta Juvenil B y se extendió hasta marzo de 2012. Ambos proyectos se desarrollaban en dos barrios del sur de la Ciudad.

^(b) Para resguardar el anonimato y la confidencialidad de las y los entrevistadas/os se optó por no revelar los nombres de las orquestas

Los dos proyectos seleccionados resultaban a grandes rasgos similares: se proponían acercar la música académica y la práctica orquestal a sectores sociales habitualmente alejados de ellas ofreciendo clases de instrumentos, de lenguaje musical y práctica en orquesta. Entregaban un instrumento en comodato a cada uno de los participantes, para que todos tuvieran la oportunidad de practicar en sus casas. La dirección artística de ambos proyectos estaba a cargo de la misma persona (un reconocido músico y director de un conservatorio de la Ciudad) y por tal razón, los repertorios eran similares (variaba la dificultad de acuerdo a las posibilidades de interpretación de cada joven).

Ambos proyectos presentaban también algunas diferencias. La Orquesta A estaba gestionada por el área del cultura del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires mientras que la Orquesta B por el área de educación. En la Orquesta A la mayor parte de los jóvenes vivía en una villa de emergencia cercana (favela), mientras que en la Orquesta B la composición socio-económica era más heterogénea: jóvenes provenientes de viviendas sociales, de villas de emergencia, de barrios populares cercanos y de las zonas residenciales del barrio, estas últimas habitadas por clases medias. Asimismo, en la Orquesta A los jóvenes comenzaban a participar a partir de los 13 años, mientras que en la Orquesta B comenzaban de niños, entre los 6 y los 12 años.

El abordaje metodológico de la investigación implicó la triangulación de información obtenida a lo largo de un año de observaciones (con y sin participación) en cada orquesta, 8 grupos de discusión con jóvenes, 42 entrevistas en profundidad (22 a jóvenes participantes, 12 a padres y/o madres y 8 a docentes u otros gestores), observaciones esporádicas posteriores a las entrevistas, análisis de documentos producidos por los proyectos y lectura de notas periodísticas.

Se relevó información que pudiera dar cuenta de los sentidos que cada uno de los actores otorgaba a los proyectos, a la práctica orquestal, a la interpretación musical y si identificaban algún tipo de transformación en los participantes. Asimismo, se relevó información sobre datos de posición socioeconómica, trayectorias (educativas, laborales, residenciales, familiares) y repertorios culturales de los jóvenes y sus familias, y sobre los modos en que se perciben a sí mismos en relación a sus docentes y otros gestores pero también en relación a sus pares, parientes, vecinos y amigos.

La investigación en las orquestas juveniles: principales resultados

El estudio llevado a cabo muestra que si bien aparecieron diferencias en algunos aspectos entre ambos proyectos de orquestas juveniles, los hallazgos más significativos resultaron transversales a ambas iniciativas. Estos resultados avanzan sobre cuestiones que son de interés para diversos campos de estudio, no obstante, los estudios en arte y salud en Europa y Gran Bretaña se han focalizado en el análisis de intervenciones artísticas comunitarias desde una perspectiva que disecciona, operacionaliza y fracciona procesos con el fin de dialogar con los paradigmas de investigación biomédicos. Deviene importante complejizar los principales argumentos de dicho campo, a partir del análisis de algunos aspectos que median entre la implementación de los programas y sus posibles efectos.

Expondré a continuación algunas reflexiones derivadas del análisis de las trayectorias educativas, laborales, familiares y residenciales de las familias de los jóvenes participantes de las dos orquestas juveniles, así como de las adscripciones morales a las cuales manifestaban adherir estas familias. Pues los primeros resultados de mi investigación confirmaban uno de sus supuestos iniciales: que las posibilidades de influencia de un proyecto de educación artística entre sus participantes no dependían sólo de lo que los programas ofrecían sino que adquiriría un lugar fundamental aquello que los jóvenes traían consigo como resultado de procesos de socialización previos, todo lo cual constituía una suerte de filtro o tamiz a través y a partir del cual los programas de orquestas podían ser apropiados. La idea de que existe algo entre el programa y sus "efectos" no es para nada revolucionaria. Sin embargo, los estudios sobre intervenciones socio-comunitarias suelen dejarla de lado, evaluando fundamentalmente la correlación entre objetivos y resultados de programas.

En las dos orquestas juveniles que se analizaron aparecieron recorridos heterogéneos entre los padres de los jóvenes en aspectos laborales, educativos, residenciales y familiares. No obstante, surgieron algunas características que compartían prácticamente todas las familias entrevistadas, cuestión que convocó mi atención. En primer lugar, todas contaban con al menos uno de sus integrantes empleado en condiciones formales -algunos de ellos manteniendo sus empleos por diez o quince años. Vale aclarar aquí que en la Argentina esta situación es excepcional entre familias de barrios populares o medio-bajos, en los cuales viven casi todos los integrantes de ambos proyectos orquestales. En estos barrios sólo el 15% de los jefes/as de hogar poseían empleos registrados al momento del trabajo de campo³⁵. Así, la condición laboral colocaba a las familias de los jóvenes de ambas orquestas en un lugar diferencial del de la mayoría de sus vecinos, vinculados al mundo del trabajo informal o inestable, de la asistencia, el desempleo o combinaciones de estas cuatro variantes³⁵.

En segundo lugar, hallé que las familias de los jóvenes de ambas orquestas compartían un conjunto de posicionamientos que referían a criterios de orientación moral, expresados en valores como la perseverancia, el esfuerzo, la responsabilidad, la honestidad y el sacrificio. Estos valores no eran sólo pregonados de manera retórica sino que muchas de sus acciones parecían orientadas por ellos. Las referencias a dichas orientaciones valorativas aparecían en sus relatos sobre trayectorias residenciales, laborales, afectivo-familiares y en algunas cuestiones que demandaban de sus hijos, como ser la finalización de sus estudios secundarios, la consecución de estudios terciarios/universitarios o la búsqueda de un trabajo en lo posible formal. Como consecuencia de su socialización en estos repertorios morales, casi la totalidad de jóvenes que participaron del estudio en ambas orquestas desafiaban las trayectorias típicas que los estudios sociológicos describen como prevalentes en jóvenes de sectores empobrecidos y populares en la Argentina actual³⁵⁻⁴⁴: en lugar de abandonar el secundario lo terminaban (más de la mitad sin repetir ningún año), en lugar de tener hijos a edades tempranas

retrasaban los proyectos de maternidad o paternidad con el objetivo de conseguir un trabajo o iniciar una "carrera" laboral. Muchos incluso iniciaban estudios terciarios o universitarios.

Ahora bien, ¿qué nos dicen estos hallazgos?

En líneas generales, pareciera que en ambas orquestas convergen cierto tipo de familias de barrios populares y no otras. Es decir, que no cualquier joven de estos barrios puede acercarse y permanecer en estas iniciativas. Los que lo hacen pertenecen a familias que, a diferencia de lo que plantean diversos estudios sociológicos recientes en poblaciones empobrecidas o de bajos recursos en la Argentina^{36,37,42}, todavía orientan sus estrategias de reproducción en base a valores meritocráticos (perseverancia, esfuerzo, responsabilidad, honestidad, sacrificio). Estos valores solían guiar las prácticas educativas y laborales de las clases medias y trabajadoras argentinas durante el siglo XX⁴⁵. Pero, según la sociología reciente, la meritocracia habría desaparecido en los sectores populares y medio bajos, como consecuencia de profundos cambios estructurales que generaron procesos de fragmentación y exclusión social. Las nuevas estrategias de reproducción de los sectores populares se basarían más bien en una lógica que privilegia lo inmediato y posible frente a lo que lleva tiempo y no es seguro de poder conseguir (por ejemplo un diploma de escuela secundaria o un empleo formal), y el corto plazo frente a la planificación^{38,39,43,44}.

El dato sobre los repertorios morales de las familias de los jóvenes debe leerse en conjunto con otros derivados del tipo de propuesta que ofrecen las orquestas. En primer lugar, ambas iniciativas implican constancia, alta frecuencia semanal de clases y ensayos (entre dos y tres veces a la semana), interfieren horarios que pueden alterar las rutinas familiares (funcionan en horario vespertino y una de ellas también sábados), suponen la disponibilidad de los participantes para asistir a conciertos y requieren resolver el traslado hacia las sedes donde funcionan. Todo lo cual supone una intensa demanda a las familias, quienes se encuentran ya exigidas por la superposición de tareas y actividades de producción material y reproducción familiar.

En segundo lugar, debe tenerse en cuenta que las orquestas también suponen y promueven orientaciones valorativas. Me permito citar aquí las palabras de un docente:

"La orquesta es como una pequeña sociedad. Cada uno tiene que aprender a cumplir un rol, escucharse entre ellos, escuchar al director, y todos tienen que caminar juntos [...] En una orquesta estás ocupando un espacio, si aprendiste y estudiaste vas progresando, en vez de estar en el último atril vas a estar en el primero [...] Estudiar música implica poner monedas en una alcancía [...] Es una habilidad acumulativa que empieza a fomentar algunos valores: la perseverancia, la voluntad de sentarse a hacer algo con continuidad durante mucho tiempo. Son una serie de valores difíciles para los tiempos que corren [...] Hay que comprar hoy y mañana tirar. Estudiar no vale la pena, hay que copiarse. Nosotros, casi sin darnos cuenta, estamos fomentando otros valores". (Docente Orquesta B)

Es sencillo observar que los *valores* que según este docente son promovidos por el proyecto orquestal se corresponden con aquellos identificados en los discursos de los padres de los jóvenes como aquellos que guían sus acciones y decisiones.

Por lo expuesto hasta aquí, pareciera existir una *afinidad electiva*⁴⁶ entre las prácticas promovidas por los proyectos, y los repertorios culturales y morales en los que han sido socializados los jóvenes. Así, la permanencia de los jóvenes en las orquestas estaría dependiendo no sólo del gusto por aquello que los programas les ofrecen sino, fundamentalmente, de que ellos y sus familias compartan con los proyectos ciertos rasgos culturales y morales que les permitan valorar y priorizar estos espacios. Pues si las familias priorizan la actividad de las orquestas, logran responder a las exigentes demandas que implican los proyectos para ellas. Asimismo, si los niños y jóvenes que se inician en las orquestas no comulgan con el esfuerzo, el sacrificio y el largo plazo que las mismas implican, tampoco logran permanecer en ellas. En Argentina, por lo que se ha dicho, no es evidente que una familia en

condiciones de vulnerabilidad social priorice una actividad de este tipo para sus hijos.

Ahora bien, cuando esto ocurre, cuando se alinean algunos de los repertorios culturales y morales entre las familias, los jóvenes participantes y los proyectos, es posible que los mismos puedan producir resultados poco frecuentes en barrios populares: jóvenes que se profesionalizan en la música académica, que terminan la escuela secundaria y eligen estudiar en la universidad o realizar estudios terciarios⁽⁴⁾, que adoptan la idea de vocación o carrera profesional, que aman la música y sus instrumentos, que encuentran en las orquestas un espacio de socialización fundamental y distinto de todos los que existen en sus barrios, que se sienten orgullosos de lo que han logrado, que creen en ellos mismos y en lo que pueden hacer, que disfrutan de tocar frente a distintos públicos, que se sienten valorados por personas de otros sectores sociales, que circulan y conocen distintas zonas de la ciudad, y que arman un proyecto biográfico muy diferente al que, según ellos, hubieran armado de no haber mediado los estos proyectos.

Así, cuando todo esto que ocurre, es posible identificar los indicadores intermedios que describen los estudios del campo del arte y la salud: autovaloración, autoconfianza, autoestima, sensaciones de disfrute, de bienestar, de pertenencia, habilidades expresivas, capacidades para la socialización, relaciones grupales positivas, motivación, compromiso, orgullo por los logros conseguidos, etc.

No obstante, los hallazgos sugieren que es ingenuo pensar que todo niño/a, adolescente o joven que así lo desee puede acercarse y permanecer en proyectos artísticos como los aquí analizados – en particular de sectores populares, donde la organización hogareña raras veces puede convivir con las demandas y exigencias que requieren estas iniciativas.

La investigación realizada – que aquí se presenta sólo en parte – permite afirmar que las posibles influencias de las orquestas en las trayectorias biográficas de los jóvenes son el resultado específico de intersecciones también específicas entre 1) **los mandatos de una política o intervención artístico-cultural**, 2) **lo particular que aportan quienes la llevan adelante (gestores)**, 3) **la contingencia del encuentro entre gestores y participantes, en un tiempo y un barrio determinados**, y 4) **las trayectorias biográficas y repertorios culturales que ponen en juego los “beneficiarios”**. Estas dimensiones no son estáticas sino procesos dinámicos que a la vez se influyen mutuamente, y que ocurren en el marco de procesos estructurales también cambiantes que van configurando, entre otras cosas, los modos de pensar la política social y cultural en el mundo occidental.

Esto no quiere decir que proyectos de este tipo no deban realizarse; más bien todo lo contrario: la propuesta es que se lleven a cabo con total conocimiento de sus límites (el hecho de que no tendrán el mismo impacto en todos los casos) y de sus múltiples potencialidades, que son de gran importancia para las poblaciones que buscamos integrar con la programática social.

Algunas reflexiones finales

Los resultados presentados hasta aquí son pertinentes, como hemos dicho, a una variedad de campos disciplinares vinculados a las intervenciones comunitarias – de los cuales el del arte y la salud es sólo uno de los posibles. Si

⁽⁴⁾ En Argentina el porcentaje de jefes/as de hogar de barrios populares (urbanizaciones informales + urbanizaciones formales de nivel socioeconómico bajo) que terminan el secundario es del 22% (ODSA, 2011) y el porcentaje que ingresa a la universidad es ínfimo).

bien las orquestas juveniles analizadas no fueron pensadas como iniciativas para promover la salud, la participación en las mismas sí puede impactar sobre los llamados “indicadores intermedios de la salud” desarrollados en los estudios citados. Puesto que en este campo continúan siendo hegemónicos los modelos explicativos derivados de las ciencias naturales, considero importante discutir con él y proponer la introducción de un paradigma interpretativo.

Así, a partir de lo expuesto hasta aquí, ¿qué ideas puede aportar la investigación realizada en las dos orquestas juveniles a la programática social comunitaria? ¿Y al campo del arte y la salud?

En primer lugar, que para comprender en profundidad el tipo de “impacto” de una intervención socio-cultural en sectores populares es preciso superar ciertos esquematismos teórico-metodológicos y plantear formas de investigar que puedan registrar con la mayor complejidad posible los universos simbólicos y normativos de los “destinatarios” de las políticas, así como los recorridos que los han llevado hasta allí. Aunque ya se ha dicho muchas veces, gran parte de la investigación social no logra aún dejar de proyectar sus modos de entender y concebir el mundo en las interpretaciones que realizan de sus “objetos” de estudio. En el caso de estudios sobre intervenciones sociales esto incluye también complementar los estudios *desde arriba*, es decir, aquellos que hacen foco en las potencialidades de ciertas propuestas o programas, con estudios *desde abajo*, es decir, atendiendo a los modos en que las intervenciones pueden ser apropiadas (y de qué modos) por sus participantes.

En segundo lugar, es preciso comprender la heterogeneidad de actores, modos de pensar, hacer y trayectorias que se agrupan bajo los calificativos o conceptos con que habitualmente se piensan los grupos y sectores (clases) sociales. En el caso que nos ocupa es necesario tener en cuenta la heterogeneidad y diversidad existente dentro de lo que llamamos “sectores populares” o “medio-bajos” y evitar suponer que lo que se ofrece será accesible, interesante o “bueno” para todos – o para las mayorías. Pues lo que cada intervención comunitaria pueda o no lograr dependerá tanto de los individuos que la llevan adelante²⁵ como de aquello – contingente, único e imposible de planificar – que sucede en el encuentro entre unos gestores y unos “destinatarios” de carne y hueso. Así, en el caso de realizar estudios en iniciativas socio-comunitarias (y esto excede el campo del arte y la cultura) se deben incorporar al análisis tanto aspectos referidos a las particularidades de los “beneficiarios” y sus recorridos previos como a aquello irreplicable que sucede cuando una política se encuentra con aquellos a quienes ha logrado convocar.

En tercer lugar, el estudio realizado en los dos proyectos de orquestas permite sugerir la idea de que toda intervención social – y en particular aquellas que se basan en una actividad artístico-cultural – lleva implícitos ciertos valores que los hacedores de políticas o bien no perciben o dan por sentados. Estos valores influyen – en mayor o menor medida – quiénes pueden ser los destinatarios y permanecer en dichas políticas, a la vez que están implícitos en las rutinas y tiempos que las intervenciones proponen/demandan, limitando o posibilitando accesos. Es preciso interrogar el uso acrítico del arte y la creatividad como recursos para el bienestar, pues dicho uso olvida – o simplemente no prioriza – que las mismas son nociones socialmente situadas, y que esto influye el modo en que una intervención basada en las artes puede ser recibida, por ejemplo, por personas con trayectorias biográficas, repertorios culturales y posiciones estructurales disímiles.

Lo dicho hasta aquí alerta sobre la expectativa de linealidad con la que a menudo se piensan las intervenciones sociales – y para el caso específico de las iniciativas en *arte y salud* implica la necesidad de interrogar como principal metodología cualitativa la búsqueda y medición de indicadores intermedios. Es probable que el campo haya desarrollado tal marco teórico-metodológico para ser reconocido por los organismos que financian intervenciones en el campo de la salud. No obstante, considero que son precisos modelos de investigación complejos que permitan analizar no sólo cuáles son las características de las mejores prácticas sino también dar cuenta del interjuego entre condiciones estructurales, repertorios culturales y biografías de quienes participan en las mismas, en particular si involucran disciplinas artístico-culturales. Pues estos se interponen y generan nuevas mediaciones entre los “destinatarios” y las intervenciones que considero deberían comenzar a contemplarse.

Referencias

1. Clift S. Guest Editorial. *Health Educ.* 2005; 105(5):328-30.
2. Dooris M. A qualitative review of Walsall arts into health partnership. *Health Educ.* 2005; 105(5):355-73.
3. Silva LFR, Cipullo MAT, Imbrizi JM, Liberman F. Oficinas de música e corpo como dispositivo na formação do profissional de saúde. *Trab Educ Saude.* 2014; 12(1):189-203.
4. García Cabrero B, Klein Kreisler I. La construcción de ambientes educativos para la convivencia pacífica: el modelo pedagógico del programa SaludARTE. *Sinectica [Internet]*. 2014; 42 [acceso 2015 Feb 17]. Disponible em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2014000100006&lang=pt
5. Avila Valdes N. Un modelo de integración de arte y salud en España: el proyecto curArte I+D. *Hacia Prom Salud.* 2013; 18(1):120-37.
6. Couto ZFS, Cezar-Vaz MR, Svaldi JSD. A arte como processo tecnológico de compreensão e (re)significação do trabalho em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(3):568-76.
7. Clift S, Camic PM, Chapman B, Clayton G, Daykin N, Eades G, et al. The state of arts and health in England. *Arts Health Int J Res Policy Pract.* 2009; 1 (1):6-35.
8. Macnaughton J, White M, Stacy R. Researching the benefits of arts in health. *Health Educ.* 2005; 105(5):332-9.
9. Smith T. Common knowledge: the tyne and wear health action zone's arts and health project - interim evaluation report [Internet]. Durham: University of Durham; 2001 [cited 2014 Aug 19]. Available from: <https://www.dur.ac.uk/resources/cah/m/reports/CK%20INT%20RPT%20-%20final%20version1.pdf>
10. Sen A. *Desarrollo y libertad*. 2a ed. Barcelona: Planeta; 2000.
11. Jermyn H. The arts and social exclusion: a review prepared for the arts council of England [Internet]. London: Arts Council England; 2001 [cited 2014 Aug 8]. Available from: http://www.artscouncil.org.uk/publication_archive/arts-and-social-exclusion-a-review-prepared-for-the-arts-council-of-england/
12. Yudice G. *El recurso de la cultura: usos de la cultura en la era global*. Barcelona: Gedisa; 2002.
13. Organización Mundial de la Salud. *Constitución*. New York: OMS; 1946.
14. Labonte R. *A community development approach to health promotion*. Edinburgh: Health Education Board for Scotland/Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh; 1998.
15. Kornblit AL. La promoción de la salud entre los jóvenes. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2010; 56(3):217-26.
16. Coleman JC. *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
17. Putnam R. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. Nueva York: Simon and Schuster; 2000.
18. Campbell C, Wood R, Kelly M. *Social capital and health*. Londres: Health Education Authority; 1999.
19. Hamilton C, Hinks S. Arts for health: still searching for the Holy Grail. *J Epid Commun Health.* 2003; 57(6):401-2.

20. Angus J. A review of evaluation in community-based art for health activity in the UK [Internet]. London: Health Development Agency; 2002 [cited 2014 Aug 19]. Available from: <https://www.dur.ac.uk/resources/cahbm/reports/CAHBM%20for%20HDA%20J%20Angus.pdf>
21. Argyle E, Bolton G. Art in the community for potentially vulnerable mental health groups. *Health Educ.* 2005; 105(5):340-54.
22. White M, Robson M. The potent arts. *J Public Mental Health.* 2007; 6(4):12-3.
23. White M. A 'homecoming' for arts in mental health". *Life Day.* 2009; 13(3):37-40.
24. South J. Community arts for health: an evaluation of a district programme. *Health Educ.* 2006; 106(2):155-68.
25. Everitt A, Hamilton R. Arts, health and community: a study of five arts in community health projects [Internet]. Durham: CAHBM; 2003 [cited 2014 Aug 19]. Available from: <https://www.dur.ac.uk/resources/cahbm/reports/Arts%20Health%20%26%20Community.pdf>
26. Health Development Agency [HDA]. Art for health: a review of good practice in community-based arts projects and initiatives which impact on health and wellbeing. Londres: HDA; 2000.
27. Swan P. Promoting social inclusion through community arts. *Ment Health Soc Incl.* 2013; 17(1):19-26.
28. Kirmann K. CoolTan arts - enhancing well-being through the power of creativity. *Ment Health Soc Incl.* 2010; 14(2):12-6.
29. Secker J, Heydinrych K. Open arts: promoting well-being and social inclusion through art. *Life Day.* 2009; 13(4):20-4.
30. Grabowski D. Identity, knowledge and participation: health theatre for children. *Health Educ.* 2013; 113(1):64-79.
31. Spencer G. Young people's perspectives on health: empowerment, or risk? *Health Educ.* 2013; 113(2):115-31.
32. Carson A, Chappell N, Knight C. Promoting health and innovative health promotion practice through a community arts centre. *Health Prom Pract.* 2007; 8(4):366-74.
33. Wolcott H. Some thoughts about ethnography. In: Anais do XIº Simposio Interamericano de Investigación Etnográfica en Educación; 2006; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: UBA; 2006. p.1-25.
34. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Norma; 2001.
35. Barómetro de la Deuda Social Argentina (BDSA). Estudio de la situación del desarrollo humano y social. Serie del Bicentenario (2010-2016)/Año 1. [Internet]. Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina; 2011 [acceso el 2014 Ago 19]. Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2011-08-01-informe-barometro-deuda-social-argentina.pdf>
36. Kessler G, Svampa M, González Bombal I. Reconfiguraciones del mundo popular: el Conurbano Bonaerense en la postconvertibilidad. Buenos Aires: Prometeo-UNGS; 2010.
37. Svampa M. La sociedad excluyente: la Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Buenos Aires: Taurus; 2005.
38. Van Zanten A. ¿El fin de la meritocracia? Cambios recientes en las relaciones de la escuela con el sistema económico, político y social. In: Tenti Fanfani E, compilador. Nuevos temas en la agenda de política educativa. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008. p. 173-92.
39. Merklen D. Pobres ciudadanos: las clases populares en la era democrática Argentina (1983-2003). 2a ed. Buenos Aires: Gorla; 2010.

40. Noel G. La conflictividad cotidiana en el escenario escolar: una perspectiva etnográfica. Buenos Aires: UNSAM; 2009.
41. Reguillo Cruz R. Instituciones desafiadas: subjetividades juveniles - territorios en reconfiguración. In: Tenti Fanfani E, compilador. Nuevos temas en la agenda de política educativa. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008. p. 125-43.
42. Salvia A, Chávez Molina E. Sombras de una marginalidad fragmentada: aproximaciones a la metamorfosis de los sectores populares de la Argentina. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2007.
43. Urresti M. De la cultura del aguante a la cultura del reviente: cambios en la significación de la corporalidad en adolescentes y jóvenes de sectores populares. In: Margulis M, Urresti M, Lewin H, compiladores. Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural. Buenos Aires: Biblos; 2007. p. 281-92.
44. Kessler G. Redefinición del mundo social en tiempos de cambio: una tipología para la experiencia de empobrecimiento. In: Svampa M, editora. Desde abajo: la transformación de las identidades sociales. 2a ed. Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de General Sarmiento; 2000. p. 25-50.
45. Gutierrez L, Romero L. A. Sectores populares, cultura y política. Buenos Aires: Sudamericana; 1995.
46. Weber M. La ética protestante. 2a ed. Buenos Aires: Libertador; 2007.

Wald G. Arte e Saúde: algumas considerações para aprofundar as potencialidades de análise do campo. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1051-62.

O artigo debate os princípios mais correntes do campo “arte e saúde”, especificamente aqueles estudos de origem anglo-saxã que analisam programas de arte baseados na comunidade. Apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa realizada em dois projetos de orquestras juvenis, da cidade de Buenos Aires, Argentina, visando à integração social. O trabalho denota como as possibilidades de influência de um projeto de educação artística dependem não só do que os programas oferecem, mas, também, fundamentalmente, do que os participantes trazem e são: os seus universos normativos e de crença, os seus esquemas de interpretação, posicionamentos morais, repertórios culturais, saberes práticos, memórias, trajetórias econômicas, trabalhistas e educativas. Estes aspectos, que são o resultado de processos prévios de socialização, constituem, de alguma forma, um filtro ou peneira através e a partir dos quais as intervenções artísticas podem – ou não – resultar apropriadas.

Palavras-chave: Orquestras juvenis. Arte e Saúde. Jovens. Vulnerabilidade. Educação artística.

Recebido em 03/09/14. Aprovado em 14/06/15.

Que no tengan miedo de nosotros:

el Chagas según los propios protagonistas

Mariana Sanmartino^(a)
 Andrea Avaria Saavedra^(b)
 Jordi Gómez i Prat^(c)
 Ma. Cristina Parada Barba^(d)
 Pedro Albajar-Viñas^(e)

Sanmartino M, Avaria A, Gómez i Prat J, Parada MC, Albajar-Viñas P. *Do not be afraid of us: Chagas disease as explained by people affected by it*. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1063-75.

This paper presents an international study that was conducted between October 2011 and January 2012, in which a video (spot) to boost awareness and raise the profile of Chagas disease issues was designed and developed. This study was of qualitative nature and analyzed information that was gathered from 38 questionnaires that had been answered by individuals affected by the disease and by specialists on this disease. The information from each group was classified according to factors that they associated with the word Chagas, along with the difficulties, adversities, challenges, objectives and achievements relating to the disease. The responses, reports and anecdotes relating to each of these factors were analyzed. The conclusions emphasize the need to know and make known the difficulties that people affected by Chagas disease experience, bearing in mind that the realities are manifested differently depending on the context.

Keywords: Chagas disease. Qualitative study. Information. Education and communication. Representations.

El artículo da cuenta de un estudio internacional realizado entre octubre de 2011 y enero de 2012, como fundamento para el diseño y elaboración de un material audiovisual (spot) con el objeto de sensibilizar y visibilizar la problemática del Chagas. La investigación, de carácter cualitativo, recogió los datos de 38 encuestas, respondidas por personas afectadas y especialistas en la temática. La información para cada grupo se ordenó según aspectos que las personas asociaban con la palabra Chagas, y dificultades, retos, desafíos y logros vinculados.

Para cada punto se presenta un análisis de las respuestas, relatos y anécdotas relacionadas. Las conclusiones refuerzan la necesidad de conocer y dar a conocer las dificultades que viven las personas afectadas por el Chagas, considerando que se trata de una realidad que tiene diversas manifestaciones dependiendo del contexto.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas. Estudio cualitativo. Información. Educación y comunicación. Representaciones.

^(a) Grupo de Didáctica de las Ciencias, Instituto de Física de Líquidos y Sistemas Biológicos (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas - Universidad Nacional de la Plata). Calle 55, n° 910, 1900. La Plata, Buenos Aires, Argentina. mariana.sanmartino@conicet.gov.ar

^(b) Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile. andreaavaria@gmail.com

^(c) Unitat de Medicina Tropical i Salut Internacional Vall d'Hebron-Drassanes, Programa de Salut Internacional de l'ICS. Barcelona, España. j.gomez@vhebron.net

^(d) Secretaria General Asapechavae-Valencia-España, Vicepresidencia de Findechagas, Delegación Oficial para Europa de Findechagas. Valencia, España. secretariageneral@asapechavae.org

^(e) Programa de Control de la Enfermedad de Chagas, Departamento de Control de Enfermedades Tropicales Desatendidas, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. albajarvinasp@who.int

Introducción

La enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana) es causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que existen – al menos – 8 millones de personas infectadas, principalmente en los 21 países de Latinoamérica incluidos en la zona considerada tradicionalmente endémica. Se calcula que anualmente fallecen más de 10.000 personas por esta enfermedad^{1,2}. La infección se transmite principalmente por vía vectorial, a través de insectos triatomíneos hematófagos, conocidos como “vinchucas”, “chinchas”, “barbeiros” (entre otros nombres, según la región). También puede transmitirse por: transfusiones de sangre o trasplantes de algunos órganos de donantes infectados/as; vía congénita, durante el embarazo o parto de mujeres infectadas; ingestión de bebidas o alimentos contaminados con deyecciones de triatomíneos infectados. Debido a su alcance y consecuencias, el Chagas es considerado uno de los problemas de salud pública más importantes en Latinoamérica³. Si bien más de la mitad de las personas con serología positiva no presentan síntomas, se estima que una tercera parte desarrollará la enfermedad propiamente dicha a partir de afectaciones cardíacas, digestivas, neurológicas o mixtas.

La creciente movilidad poblacional – fenómeno generalizado a nivel mundial – modificó las características epidemiológicas de ésta y otras enfermedades⁴⁻⁷. Actualmente el Chagas es predominantemente urbano, ya que al menos dos tercios de las personas infectadas viven en ciudades; siendo uno de los principales retos el gran porcentaje de casos no diagnosticados. A nivel mundial se estima que sólo el 10% de las personas que tienen Chagas lo saben; existiendo un gran número de individuos que, al desconocer su situación, no acceden a la adecuada atención de su salud^{1,2,5}. El diagnóstico positivo tiene repercusiones psicológicas y sociales para las personas afectadas. Con frecuencia, quienes se encuentran en riesgo de infección prefieren no saber si tienen Chagas por miedo a la enfermedad y otras consecuencias imaginadas, debido a creencias populares o experiencias con personas conocidas que no respondieron al tratamiento y/o fallecieron^{8,9}. Por estos motivos, la atención de las personas afectadas requiere un enfoque activo e integral (con un abordaje tanto biomédico como de aquellos aspectos psicológicos, sociales y culturales vinculados). Es importante evitar que la enfermedad conduzca a la exclusión y a la estigmatización, así como trabajar activamente para desmitificar la visión fatalista que conlleva; promoviendo el acceso a la atención y la integración social¹⁰⁻¹².

En los últimos años, se han planteado algunos enfoques innovadores para mejorar la atención de la salud de las personas directa e indirectamente afectadas por el Chagas; articulando los componentes biomédico, psico-social y antropológico, buscando superar estigmas y barreras^{6,13,14}. En este mismo sentido, existen propuestas de información, educación y comunicación (IEC) que plantean el tema de manera integral, aportando puntos de vista constructivos e innovadores, tanto para quienes están afectados como para la sociedad en general^{15,16}. También son de destacar las formas de movilización social lideradas por grupos de personas afectadas por el Chagas e integrantes de equipos de salud e instituciones de investigación de diferentes partes del mundo; las que han sido decisivas para lograr una mayor concienciación, promover el acceso al diagnóstico y a la atención, y fomentar el desarrollo de la investigación aplicada¹⁷. Una de las iniciativas más importantes en este contexto fue la creación – en 2009 – de la Federación Internacional de Asociaciones de Personas Afectadas por la Enfermedad de Chagas (FINDECHAGAS), que actualmente agrupa a 20 asociaciones de América, Europa y el Pacífico Occidental^(f).

^(f) Los países representados por las asociaciones que actualmente forman parte de FINDECHAGAS son: Argentina, Australia, Bolivia, Brasil, Colombia, España, Estados Unidos, Italia, México, Suiza y Venezuela.

^(g) De manera general, el concepto de *representación social* incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que orientan las conductas de las personas en su vida cotidiana, así como las formas de organización, interacción y comunicación, tanto en las relaciones entre individuos como entre grupos, y al interior de éstos como parte del proceso de cohesión^{18,19}. Las representaciones han sido descritas teóricamente desde la Psicología Social, con Moscovici; Jodelet sistematiza estos planteamientos teóricos, relacionados con los de Schutz y Berger y Luckmann para dar cuenta de los mecanismos que utilizamos para reproducir la realidad como algo dado¹⁸⁻²⁰. Constituyen instrumentos para comprender al otro, para saber cómo conducimos ante él/ella e incluso asignarle un lugar en la sociedad²⁰. Es de esperar entonces que las representaciones que circulan sobre el Chagas presenten también características de complejidad, presencia de estereotipos, valoraciones y actitudes respecto de la problemática, de las personas afectadas, de los modos de transmisión, sus causas, consecuencias y de los contextos donde existe¹⁵.

^(h) En el contexto de este trabajo, entendemos por *sensibilización* a la necesidad de generar, a una escala lo más amplia posible, influencia y conciencia sobre el tema Chagas para fomentar en la sociedad el reconocimiento de la importancia de la problemática a niveles tanto locales, como regionales e incluso mundial. Hablamos de sensibilización en la lógica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, la cual se orienta al desarrollo de estrategias de promoción de salud²¹.

Con el objetivo de sensibilizar sobre la realidad de las personas afectadas por el Chagas (portadores/as asintomáticos/as, personas enfermas, familiares, amigos/as), tanto a la opinión pública en general como a los entornos sociales particulares, en 2011 se inició el Proyecto para la Sensibilización y Visualización de la Problemática del Chagas (PROSEVICHA). Se conformó un equipo de trabajo internacional e intersectorial, en el marco del cual se consensó que – como primera medida – se hacía fundamental dar visibilidad a la realidad de las personas afectadas en sus diferentes contextos. Para esto, damos cuenta de los resultados del primer estudio internacional de representaciones sociales^(g) sobre el tema, enmarcado en el PROSEVICHA, con personas afectadas por el Chagas y especialistas de diferentes países de América y Europa; considerando esencial adentrarnos en aspectos que, desde la subjetividad, condicionan comportamientos que afectan la atención, la percepción y la salud de las personas. La información recogida permitió construir una aproximación general de las representaciones y vivencias cotidianas que están en la superficie de lo relacional y que determinan procesos sociales de exclusión o inclusión de las personas afectadas por el Chagas. Con fines exploratorios, nos interesaba aproximarnos a cierta información que sirviera de sustento al trabajo de elaboración del guión de un material audiovisual de corta duración (*spot*) para la divulgación y sensibilización^(h) en torno al tema Chagas. Vincular la intervención planteada con la investigación cualitativa en un proceso dialógico constituiría un aporte original y sólidamente fundamentado.

Metodología

Frente a la posibilidad de elaborar un *spot* que permitiera sensibilizar a la población en general respecto de la problemática de Chagas, acudimos directamente a quienes se agrupan en FINDECHAGAS, dado que la Federación reúne personas afectadas por el Chagas que viven y se organizan en distintas partes del mundo y en su entorno se congregan especialistas del área de la salud y las ciencias sociales (vinculados/as al tratamiento, seguimiento e investigación sobre diferentes aspectos de la temática). Las características de quienes integran las organizaciones que conforman FINDECHAGAS y de los equipos de trabajo vinculados, reúnen diversidad de experiencias y contextos que reflejan la heterogeneidad de las personas afectadas por el Chagas (sexo, edad, ocupación, residencia, origen étnico, social y cultural, entre otros).

Entre octubre de 2011 y enero de 2012 se llevó a cabo el estudio de carácter exploratorio que presentamos aquí. El objetivo principal consistió en identificar las representaciones sobre la problemática del Chagas, contenidas en las repuestas y relatos (escritos) de las personas encuestadas. Los principales ejes explorados fueron: dificultades, retos, desafíos y logros, por parte de personas con serología positiva para *T. cruzi* vinculadas con las organizaciones de FINDECHAGAS; y la exploración de estos mismos ejes con especialistas en el tema (en ciencias biomédicas y sociales), de países de América y Europa. El contacto se realizó vía correo electrónico, a través de las organizaciones locales o como parte de las relaciones de la red global vinculada a FINDECHAGAS. Las personas respondieron directamente a través del uso del computador y enviaron sus respuestas vía correo electrónico (cada organización apoyó a quienes presentaran dificultades para escribir y enviar sus respuestas).

Se empleó un cuestionario estructurado^① de autoaplicación individual, conformado por 6 preguntas abiertas, a una muestra intencional de 30 personas afectadas por la enfermedad de Chagas y 30 especialistas relacionados con el tema desde algún área específica. La encuesta contemplaba además datos generales como edad, sexo, país de nacimiento, país de residencia, asociación a la que pertenece y vinculación con la enfermedad de Chagas. A los cuestionarios recibidos se realizó un análisis temático, según las categorías: representación de la enfermedad de Chagas, dificultades o barreras experimentadas, retos y desafíos a partir de la experiencia del diagnóstico, explicitación de los logros alcanzados en relación a la problemática; dando cuenta de aspectos desde los cuales se entiende, representa y experimenta la enfermedad.

Los resultados obtenidos constituyeron la “materia prima” para la elaboración del guión del primer *spot*^② de sensibilización sobre la problemática del Chagas.

^① El cuestionario fue revisado de forma cruzada entre los y las especialistas responsables de esta investigación, no se realizó un pre-test.

^② Disponible en http://youtu.be/i_22d7qaVks

Resultados y discusión

Trabajamos con 38 encuestas, agrupadas de la siguiente manera:

- 19 personas afectadas (13 mujeres/6 varones), de Bolivia, Brasil y Colombia, residiendo en países de las Américas o Europa. Profesión/ocupación: empleada de hogar (5), funcionario/a público/a (4 en actividad, 1 jubilada), agricultor (3), empleado/a de comercio (2), médica (1), bioquímica (1), costurera (1) y conserje (1). Edades: entre 25 y 76 años.

- 19 especialistas (9 mujeres/10 varones), naturales de Argentina, Brasil, España, Bolivia, EEUU, Suiza, Bélgica, Venezuela y Colombia. Profesión/ocupación: médico/a (9), biólogo/a (2), trabajadora social (2), analista en sistemas (1), lic. en química (1), especialista en salud pública (1), bioquímica (1), enfermera (1) y parasitólogo (1). Edades: entre 23 y 73 años.

Presentamos los resultados de forma separada, primero los referidos a los/as integrantes de las organizaciones de personas afectadas (miembros), y luego las respuestas de quienes desarrollan un trabajo vinculado a la enfermedad de Chagas (especialistas). Organizamos la información de acuerdo a los temas significativos relevados en el análisis simple de las respuestas, de acuerdo a cada grupo; incorporando anécdotas y relatos que ilustran las categorías destacadas.

Las representaciones de las personas afectadas/miembros

Al escuchar la palabra “Chagas”, los **primeros aspectos** que mencionan las personas encuestadas reflejan experiencias o miedos relacionados con la enfermedad y con la posibilidad de morir, y expresan el desconcierto frente al diagnóstico. En su mayoría, las personas provienen de países endémicos, pero la detección del Chagas no ha ocurrido necesariamente en sus lugares de origen.

Una de las primeras categorías emergentes, se relaciona con la experiencia cierta de desarrollo de la enfermedad (en tanto proceso físico). Este temor se vincula con la posibilidad de la muerte, debido a experiencias de fallecimientos debidos al Chagas en personas cercanas.

“Al principio no sabía qué era la enfermedad, pero luego me asusté mucho, porque había oído que varios amigos murieron por eso, un amigo jugando al fútbol se cayó muerto, ese ya sabía que tenía, porque quería donar sangre y no pudo”. (agricultor, 36 años, Boliviano en España)

El miedo, la incertidumbre, el desconocimiento, la soledad que se experimenta en relación a la enfermedad, emergen como resistencia a las acciones de diagnóstico. Las personas prefieren no conocer el resultado positivo, pues se les presenta como una confirmación de la posibilidad de morir^{22,23}.

“Yo no quería ir para hacerme las pruebas, porque no quería saber, para no estar preocupado y como de algo tenía que morir..., pero mis amigos fueron a una campaña y yo por ir en grupo fui y para mi sorpresa me dieron positivo, me puse muy mal, asustado y preocupado, por suerte en la cita con el médico y en la asociación me tranquilizaron y ahora invito a mis amigos a que se la hagan”. (agricultor, 36 años, Boliviano en España)

Al igual que en otros escenarios^{12,24}, las respuestas de las personas afectadas se manifiestan como una actitud de naturalización y resignación frente a la situación vivida. En contextos en los que hay dificultades para acceder al tratamiento y seguimiento médico, esto se vincula con la falta de recursos o posibilidades reales para enfrentar la infección diagnosticada de una manera activa y con acciones concretas desde el sistema sanitario. Por otro lado, en las zonas donde el Chagas no es endémico, se produce una suerte de vacío que es experimentado por las personas consultantes, sienten que no encuentran respuestas satisfactorias a sus necesidades de diagnóstico y atención médica^{9,23}.

Entre las **dificultades**, se diferencian dos tipos de respuesta, quienes asumen el diagnóstico con resignación sin detenerse en las dificultades, y quienes refieren las barreras sociales y la exclusión social:

- En algunos relatos, si bien se reconoce la afectación a la salud de las personas, éstas se sitúan desde una actitud de resignación frente al diagnóstico positivo; ante la imposibilidad de cambiar esta realidad, los problemas aparecen cuando se evidencia la enfermedad y sus consecuencias. Las dificultades se hacen concretas en la medida que emergen en los ámbitos sanitario, social, laboral, etc.

“Como no tengo ninguna manifestación estoy bien, pero intranquila esperando que se presente algún síntoma”. (empleada de hogar, 28 años, Boliviana en España)

- Quienes sí manifiestan dificultades en diferentes ámbitos, hacen referencia a ‘barreras sociales’ o prácticas de exclusión social que se generan en sus contextos próximos. Estas situaciones emergen de la mano de la comunicación del diagnóstico positivo para el Chagas al entorno, especialmente en los ambientes laborales.

Las dificultades expresadas se pueden ordenar en tres niveles:

- laboral y social: se experimenta discriminación, estigma, marginación, desconocimiento.

“No mercado de trabalho teve dificuldade para arrumar trabalho quando colocava que era portadora de doença de Chagas. [...] Destaca que sentiu que as pessoas tinham preconceito quando ela falava que era portadora de Chagas: alguns familiares, amigos, colegas de trabalho”. (funcionária pública, 73 años, Brasil)

- de acceso a la atención o al tratamiento: cuando los servicios de salud no cuentan con la especialidad o especificidad para proporcionar una atención apropiada a sus necesidades, dependiendo del estadio de desarrollo de la enfermedad. Esta situación se produce en los contextos no endémicos y en los endémicos.

“Encontrar un médico bien informado acerca de la enfermedad, vía a seguir para conseguir el tratamiento y seguimiento de la enfermedad”. (médica, 42 años, Boliviana en EEUU)

- dificultades asociadas al desarrollo de la enfermedad, aludiendo a la experiencia concreta de afecciones y malestares como: cansancio, dolor de cabeza, daños en el corazón y otros órganos.

Los **retos** se relacionan con la necesidad de aprender a convivir con la enfermedad, realizar los controles médicos y afrontar los miedos (temor a perder el trabajo, a que los familiares estén enfermos, a los efectos adversos del tratamiento). Los retos que se sitúan en 'la sociedad', están vinculados a la necesidad de hacer frente a los prejuicios, entender el problema, combatir la discriminación, involucrarse en diferentes niveles (quienes están y no están afectados). El desafío está en convertirse en sujetos activos: tomar conciencia, comunicar y organizarse.

"Se o portador de doença de Chagas trabalha, os companheiros e chefia têm que entender que a Chagas não é uma doença contagiosa. É importante que os patrões tenham consciência disso e de que Chagas não é uma doença que invalida as pessoas para o trabalho. É importante o combate à discriminação, pois a maioria das pessoas tem o bicho no sangue. Os que têm sintomas precisam ser cuidados. Os não portadores deveriam colaborar mais, pois é um ato de humanidade, e é importante que as pessoas que não conhecem a doença possam tomar consciência. É importante ter mais comunicação, participar da associação e se engajar na luta...". (funcionária pública, 64 años, Brasil)

Se identifica la necesidad de que el Chagas no se asuma como una enfermedad invalidante o que reviste peligro para las otras personas. El rol de la asociación y de las instancias de organización, es fundamental en el proceso de gestión social y política relacionada a la necesidad de resguardar los derechos e intereses de las personas afectadas^{12,17,23}.

Los retos se viven en la interacción con el sistema sanitario, explicitando la falta de atención oportuna. Como demanda para el personal médico – en países endémicos y no endémicos – se plantea la necesidad de desarrollar estrategias de atención especializadas y adecuadas a la diversidad de realidades sociales, laborales y geográficas que viven las personas⁶.

Los **desafíos** implican mejorar las condiciones de acceso al diagnóstico, atención y tratamiento de las personas (con énfasis en el desarrollo de nuevos fármacos).

Se subraya la organización social, como espacio donde canalizar estrategias para el abordaje de las necesidades de las personas afectadas; reconociendo en la Federación una instancia significativa, a través de la cual se insiste en la lucha por el acceso universal a tratamiento y seguimiento¹⁷.

Otros desafíos responden a la necesidad de sensibilizar y difundir el tema, combatir la discriminación y mejorar la formación del equipo de salud (aspectos mencionados reiteradamente). Los relatos destacan la importancia de superar la naturalización de la enfermedad y la exclusión social.

"Que se sepa que no estamos apestados, que no es como la lepra y la tuberculosis, que no tengan miedo de nosotros, además que aunque no tenga cura que nos estén controlando para que no nos pongamos mal del corazón y otros órganos". (agricultor, 36 años, Boliviano en España)

Las personas que viven en lugares no endémicos, necesitan encontrarse con profesionales formados que acompañen el proceso desde las características de cada contexto donde el Chagas existe. En particular, señalan el embarazo y su cuidado como momentos de tensión, debido a las implicancias que conllevan el diagnóstico y la atención oportuna, evidenciando la relevancia de generar protocolos de atención a mujeres embarazadas y a sus hijos/as^(k).

^(k) Este punto demanda un trabajo de sensibilización particular, y cabe destacar que al momento de escribir este artículo los/as responsables de este estudio nos encontrábamos en un proceso de elaboración de otro material audiovisual para abordar la problemática del Chagas congénito. Este 2do spot ya fue publicado y está disponible en www.youtube.com/watch?v=TVWg5pgHj2c

“Acudí al médico para llevar el control de un embarazo y el médico obstetra que comenzó mi prenatal no sabía de lo que yo hablaba cuando le dije que yo quería una prueba de Chagas. En principio pensé que se trataba de problemas de comunicación por el hecho de hablar otro idioma, luego me di cuenta que realmente él no tenía conocimiento de la enfermedad de Chagas. Llegué a la conclusión que en este país se conoce muy poco acerca de la enfermedad y que no existen datos reales acerca de la prevalencia de Chagas en residentes hispanos”. (médica, 42 años, Boliviana en EEUU)

Frente a los **logros** alcanzados en relación con la problemática del Chagas, se describieron algunos a nivel personal (recibir información, atención y tratamiento) y otros a una escala más amplia (de reconocimiento, de mayor divulgación de la realidad de las personas que tienen Chagas, mayor participación en espacios compartidos, avances científicos). Reiteradamente se señala la asociación como instancia de fortalecimiento y organización que visibiliza a los sujetos afectados.

“Criação da Federação onde vão se juntar forças e recursos, divulgação e visibilidade do problema”. (funcionário público, 47 años, Brasil)

Destacamos la valoración y la importancia atribuida a las asociaciones particulares y a la Federación, como espacios asociativos que emergen y que se instalan como alternativas ciertas para los sujetos afectados por el Chagas, posibilitando el acompañamiento y la socialización de la enfermedad y sus efectos.

“La verdad es que he afrontado todo este periplo con valentía y con el apoyo de mi familia estoy todavía de pie, pero también al lado la Asociación de Afectados”. (conserje, 55 años, Boliviano en España)

Las asociaciones cumplen un papel de contención, difusión, educación, concientización; y tienen un carácter político que articula la demanda de condiciones de atención y resguardo de derechos sociales.

Las representaciones de los/as especialistas

Desde las experiencias de los/as especialistas, frente a la palabra “Chagas” los primeros aspectos referidos destacan la concepción de una enfermedad (definida en la mayoría de los casos como silenciosa, grave, olvidada, desconocida, de gran impacto) que afecta a personas caracterizadas como: pobres, marginados, latinoamericanos, migrantes.

“Una enfermedad de gran impacto a nivel mundial, que afecta a una población especialmente pobre y marginada”. (médico, 37 años, España)

Al igual que en otros trabajos^{9,25,26}, se observa que los/as profesionales reproducen la idea del Chagas como sinónimo de ‘pobreza’ y refuerzan la construcción de la enfermedad en torno al olvido y la resignación.

Las respuestas no reflejan una construcción diferenciada entre las/os especialistas que trabajan en zonas endémicas y quienes lo hacen en zonas no endémicas. Asumimos que tal vez son los discursos médicos de las primeras los que se comunican y extienden a las demás regiones en las que se encuentran las personas afectadas por el Chagas²⁶.

En el actual contexto de movilidad humana, control vectorial y urbanización de la población, las condiciones y presencia de la enfermedad se relacionan a determinadas ‘carencias’, como la falta de acceso al diagnóstico y tratamiento, la estigmatización y exclusión social, aún en contextos que jamás serían caracterizados como ‘pobres’. Un especialista, por contraste relata su experiencia en relación a la representación vinculada a la ‘riqueza’ asociada a la presencia de la vinchuca.

“En una comunidad no nos permitían hacer el control vectorial con el rociado porque decían que las vinchucas le traían o eran sinónimo de riqueza y se salían a dormir fuera de sus dormitorios, para que ellas estuvieran tranquilas. Es algo muy singular nunca imaginado. Nos costó hacer el cambio, pero fue logrado. Ahora es muy gratificante poder tener niños recién nacidos con seguimiento y que ya nos dan negativos después del tratamiento, así como poder concluir los tratamientos sabiendo que con eso podemos mejorar la calidad de vida de los portadores de la enfermedad”. (médico, 40 años, Bolivia)

Se hace indispensable conocer los significados más profundos vinculados a la compleja trama de la problemática del Chagas y desde allí mejorar las formas de comprender y enfrentar las circunstancias en que se produce la enfermedad^{6,24,27}. Urge la necesidad de discursos y miradas que trasciendan los enfoques tradicionales que anclan en ‘la pobreza’ la presencia de la enfermedad, superando la construcción estereotipada de una problemática restringida al ámbito rural latinoamericano y de incumbencia exclusivamente biomédica¹⁵.

Subrayamos que algunos/as especialistas refieren el compromiso social o la necesidad e importancia de la organización social en torno a esta problemática. Consideramos que un trabajo comunitario que potencie estos aspectos a nivel sanitario resulta indispensable para comunicar, acceder y fortalecer la organización de las personas afectadas por el Chagas, como estrategia que favorece la acción social y política relacionada^{22,26}.

Las/os especialistas refirieron las **dificultades** percibidas:

- en lo laboral y lo social (discriminación, estigma, marginación, desconocimiento), vinculadas con las prácticas de exclusión social, de ingreso y permanencia en el trabajo y barreras en el acceso al sistema sanitario.

“Marginación. No sólo por tener Chagas, sino en general, por ser pobre”. (licenciada en química, 68 años, Argentina)

- en el orden personal, el desaliento y la desesperanza se hacen presentes. Entre las respuestas emerge una autocrítica que implica una revisión sobre qué se dice en el ámbito médico, y cómo esto afecta directamente a las personas.

“El rótulo de enfermos que les da el personal de salud, quienes en muchas ocasiones oscurecen el futuro de las personas infectadas al convencerlas de que son enfermos”. (biólogo, 31 años, Colombia)

- en el acceso a la atención o al tratamiento se expresan, como dificultades identificadas, la falta de dinero y el desconocimiento por parte de la población consultante. Asimismo se destaca el escaso conocimiento específico por parte del equipo de salud y se identifican barreras culturales que conducen a una falta de reconocimiento y escucha que entorpece la comunicación y la relación entre el personal sanitario y las personas afectadas. Como dificultad también se explicitan los efectos secundarios del tratamiento.

Los **retos** que los/as especialistas destacan están vinculados con lograr que los sujetos se apropien de su salud, considerando particularmente los contextos en donde la posibilidad de tratamiento o seguimiento no existe o es de difícil acceso.

“Recuperar la esperanza, aprender a convivir con una enfermedad crónica que puede tener un desenlace fatal. Recuperar la dignidad. Exigir recuperar el tiempo perdido tras tantos años de silencio. Reclamar soluciones concretas (acceso a tratamiento, diagnóstico, mejoras de viviendas)”. (médico, 37 años, España)

Se señala la importancia de fortalecer el sistema médico, para asegurar procesos de mejora en el conocimiento, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

“Garantia de acesso e qualidade dos serviços, em especial a atenção básica; mapeamento dos portadores, garantia de medicação, fortalecimento das organizações da sociedade civil como as associações, relações democráticas nas organizações; fortalecimento da federação internacional com capacitação das lideranças no seu papel de controle social”. (asistente social, 58 años, Brasil)

A la hora de hablar de los retos para 'la sociedad', se subraya el entorno de las personas afectadas por el Chagas, apuntando a la necesidad de transformar las prácticas discriminatorias a diferentes niveles (personal, social, laboral y escolar, entre otros), para lo cual es fundamental conocer el problema e involucrar a la sociedad en general.

“Escuchar al silencio de las personas que viven con Chagas para detectar las reales necesidades y sensibilizar a los que no tienen Chagas para dar apoyo. Facilitar espacios de diálogo entre ellos”. (enfermera, 35 años, España)

Los/las especialistas coinciden en los desafíos destacados por las personas afectadas; colocando el énfasis – una vez más – en el mejoramiento de las condiciones de acceso al diagnóstico, atención y tratamiento (con particular mención a la búsqueda de nuevos fármacos). Coinciden también en la necesidad de desarrollar estrategias de difusión para dar a conocer el problema con el objetivo de transformar las prácticas extendidas de discriminación y estigmatización. Las personas encuestadas hicieron hincapié en la importancia de encarar el tema desde la educación, entendida en un sentido amplio que abarca diversos contextos y niveles.

Se destaca tanto lo indispensable de una atención especializada dirigida a las personas afectadas por la enfermedad de Chagas, como la necesidad de concretar el compromiso político de los diferentes actores implicados, considerando las particularidades de las condiciones sociales y de salud de las personas.

“Enfrentar o estigma que a doença ainda acarreta, por falta de informação das pessoas; ser discriminado no mercado de trabalho; superar a visão de vítimas para a condição de sujeitos; [...] ter dificuldade de acesso e atenção com qualidade nos serviços de saúde [...] a educação continuada dos profissionais da rede; ter dificuldade na garantia das medicações indicadas para o tratamento de doença de Chagas; conseguir a proteção social previdenciária quando não tem condições de trabalho incorporando nas perícias médicas a visão humana e social [...]”. (asistente social, 58 años, Brasil)

Los/as especialistas se refirieron a los **logros** alcanzados a nivel científico, social y político; haciendo mención a la mayor difusión/visibilidad del tema y a la alianza entre actores de diversos contextos y disciplinas, subrayando la relevancia de la organización social.

Los avances se vinculan con la detección y la ampliación de la información en relación al Chagas, enmarcando estas acciones en el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas.

“Ao refletir, discutir essas questões associadas, sem dúvida, a uma prática de 23 anos atendendo os usuários portadores de Chagas, sempre me lembro de alguns nomes como Sr. Alcino, D. Terezinha, Sr. Manoel, Cristina (que implantou o marca-passo recentemente) que representam a perseverança, resistência, luta contra a doença na sua forma grave e, sobretudo, resiliência. [...] e todos os integrantes das associações que compõem essa rede: associados, profissionais, amigos, familiares. Que através destes nomes, todos se sintam representados, reconhecidos e queridos neste coletivo que luta pela transformação e por uma sociedade que inclua todas as pessoas”. (asistente social, 58 años, Brasil)

Conclusiones

En su carácter exploratorio con fines aplicados, este estudio permite subrayar los aspectos más 'superficiales' – que emergen en un primer nivel de indagación – relacionados a las representaciones contenidas en las vivencias de personas afectadas por el Chagas y especialistas vinculados a la temática. La relevancia de esta investigación se sitúa en el levantamiento de información con el objeto de elaborar un recurso audiovisual basado en material recogido *desde* las personas, mejorando así la efectividad del mensaje a comunicar. Dado que se ha observado que gran parte de las intervenciones de comunicación desarrolladas frente al tema Chagas no abordan de manera conjunta las diferentes dimensiones involucradas²⁸, el principal aporte de la propuesta consiste en haber plasmado el desarrollo de un enfoque explícitamente multidimensional que incorpora las experiencias y voces de diferentes actores involucrados. Por otro lado, el trabajo realizado permite reforzar resultados de investigaciones anteriores^{6,8,9,12-15,22-27} y orientar hacia nuevos desafíos en esta materia. Al observar cómo el abordaje cualitativo aporta en los procesos de comprensión de los fenómenos sociales, señalamos su relevancia para sostener y enriquecer acciones de prevención e intervención en salud²⁹. Más aún frente a problemáticas como el Chagas, que son altamente estigmatizantes y, por lo tanto, requieren un cambio en los modos de construir y representar la enfermedad tanto a nivel social como profesional.

Los resultados muestran elementos recurrentes: barreras en el acceso a una adecuada y oportuna atención sanitaria; desconocimiento (de todos los actores, a distintos niveles y con diferentes consecuencias); miedo, discriminación y estigmatización de las personas afectadas; importancia de la comunicación y de la existencia de diferentes espacios de diálogo; necesidad de sensibilización apuntando tanto a eliminar ideas equivocadas o estigmatizantes, como a dar visibilidad a las personas afectadas. Observamos que las representaciones vinculadas al Chagas – tanto de los/as integrantes de las organizaciones de FINDECHAGAS como de los/as especialistas – están fuertemente asociadas a la muerte. Desde las experiencias vividas y relatadas, esta forma de representar la enfermedad puede deberse, entre otros factores, a las dificultades de acceso al tratamiento y seguimiento sanitario.

Destacamos la necesidad de hacer conscientes el rol de los servicios de salud, siendo indispensable identificar las falencias y discutir, al interior de los equipos, el papel que éstos tienen en los procesos de exclusión social, relacionados con el acceso a la atención sanitaria y al mundo laboral de los sujetos. En las prácticas habituales, reconocemos que con el Chagas se construye un estigma que tiene implicancias sociales para la población afectada^{9,12}.

A modo de síntesis, destacamos:

- los resultados del estudio dejan ver una realidad llena de estigmas, olvido y exclusión para las personas afectadas por el Chagas, situación que se reproduce en contextos endémicos y no endémicos. Por ello, la necesidad tanto de iniciar/sostener una efectiva campaña mundial de información, como de reforzar/multiplicar las acciones específicas de comunicación y educación de todos los actores y sectores implicados.

- el rol que FINDECHAGAS tiene en el aporte y transformación de las maneras de enfrentar la enfermedad y de responder a ella en los contextos en que se encuentran las personas afectadas. Esta es una instancia que promueve y vela porque las personas reciban tratamiento oportuno y acompañamiento adecuado.

- la necesidad de pensar la investigación para la producción de recursos de comunicación y educación, desde perspectivas más conscientes y críticas, especialmente si consideramos que con los resultados de nuestros trabajos y la difusión de las herramientas que desde allí surgen, aportamos a la construcción de sentidos y representaciones sobre la compleja trama del Chagas (en la que todos/as estamos implicados/as).

- a partir del trabajo realizado, entendiendo que sirvió para fundamentar y nutrir el proceso de producción de un *spot* que busca aportar a la sensibilización y visualización de la problemática del Chagas, se reforzó la necesidad de tener presente que la elaboración de un material audiovisual (o de otro tipo²⁸⁻³⁰) constituye en sí, una forma de definir el problema y referir a las personas afectadas. Destacar la complejidad de desarrollar un recurso que considere los aspectos detallados en el artículo

es un desafío que valida este proceso como propuesta metodológica y como necesidad para la elaboración de nuevos materiales (tanto audiovisuales, como en otros soportes) de acceso masivo en torno a la problemática del Chagas. Se hace necesario, asimismo, reconocer las limitaciones de extensión y profundización propias de la investigación cualitativa, quedando abierto el desafío orientado a la ampliación de este trabajo.

Como corolario, retomamos las palabras que dan cierre al spot elaborado a partir del relevamiento de representaciones y anécdotas de este estudio: "Ahora es el momento de ganarle al miedo. Ahora es el momento de ganarle al silencio. Ahora es el momento de ganarle a la enfermedad de Chagas".

Agradecimientos

Queremos agradecer a los/as integrantes de las organizaciones de personas afectadas por el Chagas y a los/as especialistas que respondieron a la encuesta e hicieron posible la realización del presente estudio.

Colaboradores

Los/as autores/as participaron por igual en todas las etapas de preparación del artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases [Internet]. First WHO report on neglected tropical diseases. WHO/HTM/NTD/2010.1. Genève: WHO; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf
2. World Health Organization. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Second WHO report on neglected tropical diseases. WHO/HTM/NTD/2013.1. Genève: WHO; 2013.
3. Coura JR, Borges-Pereira J. Chagas disease: 100 years after its discovery: a systemic review. *Acta Trop.* 2010; 115(1-2):5-13.
4. Coura JR, Viñas PA. Chagas disease: a new worldwide challenge. *Nature.* 2010; 465(7301 Supl):S6-S7.
5. Basile L, Jansà JM, Carlier Y, Salamanca DD, Angheben A, Bartoloni A, et al. Working group on Chagas disease. Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Euro Surveill.* 2011; 16(37):18-27.
6. Velarde-Rodríguez M, Avaria-Saavedra A, Gómez-i-Prat J, Jackson Y, Oliveira Júnior WA, Camps-Carmona B, et al. Need of comprehensive health care for T.cruzi infected immigrants in Europe. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010; 42 Supl. 2:92-5.
7. Sanmartino M. Transición epidemiológica y enfermedad de Chagas: aportes para abordar un problema complejo. *Rev Papeles Poblac.* 2015. [Manuscrito en prensa].
8. Uchôa E, Firmo JOA, Pereira MSN, Contijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cad Saude Publica.* 2002; 18(1):71-9.

9. Avaria A, Gómez i Prat J. "Si tengo Chagas es mejor que me muera". El desafío de incorporar una aproximación sociocultural a la atención de personas afectadas por Enfermedad de Chagas. *Enferm Emerg*. 2008; 10 Supl 1:40-5.
10. Briceño-León R, Galván JM. The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin America. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2007; 102 Supl1:109-12.
11. Jackson Y, Angheben A, Carrilero-Fernandez B, Jansa JMLV, Jannin J, Albajar-Vinas P. Prise en charge de la maladie de Chagas en Europe. Expériences et défis en Espagne, Suisse et Italie. *Bull Soc Pathol Exot*. 2009; 102(5):326-9.
12. Sanmartino M. "Tener Chagas" en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de La Plata (Argentina). *Rev Biomed*. 2009; 20(3):216-27.
13. Oliveira Júnior WA. Relação médico-paciente em cardiologia: um olhar psicossomático. *Psicossomatica Sul Min*. 2005; 4:41-6.
14. Oliveira Júnior WA. Atenção integral ao paciente chagásico: uma proposta para o cuidar. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(1):1-2.
15. Sanmartino M, Menegaz A, Mordeglia C, Mengascini A, Amieva C, Ceccarelli, et al. La problemática del Chagas en 4D: representaciones de docentes de nivel inicial y primario de La Plata. In: *Actas de las III Jornadas de Enseñanza e Investigación Educativa en el campo de las Ciencias Exactas y Naturales*; 2012; La Plata, Argentina. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata; 2012. p. 729-38.
16. Sanmartino M, Mengascini A, Menegaz A, Mordeglia C, Ceccarelli S. Miradas caleidoscópicas sobre el Chagas una experiencia educativa en el Museo de La Plata. *Rev Eureka Enseñanza Divulg Ciencias*. 2012; 9(2):265-73.
17. Médicos Sin Fronteras. Movilización popular y enfermedad de Chagas. Rio de Janeiro: MSF; 2012.
18. Araya Umaña S. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. San José (Costa Rica): FLACSO; 2002. Cuaderno de Ciencias Sociales, 127.
19. Spink MJ. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saude Publica*. 1993; 9(3):300-8.
20. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S, organizador. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología Social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós; 1984. p. 469-94.
21. Camargo-Ramos CM, Pinzón-Villate GY. La promoción de la salud en la primera infancia: evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional. *Rev Fac Med*. 2012; 60 Supl 1:62-74.
22. Avaria A, Gómez i Prat J. Mujer derivada por médico de familia para descartar enfermedad de Chagas. In: *Unidad de Medicina Tropical y Salud internacional Drassanes. 50 casos clínicos de salud internacional - 25 años de trabajo de la Unidad de Medicina Tropical y Salud internacional Drassanes*. Barcelona: UMTSID; 2008. p. 229-36.
23. Avaria A. Migrar, enfermar-sanar lejos de casa. Bolivianos en Barcelona, experiencia hecha carne. In: Agar L, coordinador. *Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas*. Santiago de Chile: OIM, OPS, MINSAL; 2010. p. 199-214.
24. Sanmartino M. Faire face à la maladie de Chagas en partant des conceptions des populations concernées [thèse] [Internet]. Genève: Section des sciences de l'éducation, Faculté de psychologie et des Sciences de l'éducation, Université de Genève; 2006. Disponible en: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:381>.

25. Sanmartino M. Abordaje integral para el Chagas urbano: primeros pasos de una investigación-acción colaborativa en un Centro de Atención Primaria de Salud del Gran La Plata. In: Actas de las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario de Salud y Población; 2009; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2009. 1 Cd-Rom.
26. Avaria A. "Un cuerpo vale más que mil palabras". Mujeres y hombres bolivianos en Barcelona. Corporización de la migración: cuerpo migrante, cuerpo trabajador, cuerpo enfermo [tesis]. Barcelona: Departamento de Geografía e Historia, Universidad de Barcelona; 2014.
27. Sanmartino M. Vinchucas, barbeiros y muchos más: indagando en las concepciones sobre los triatominos. In: Costa Neto EM, compilador. Entomologia Cultural: ecos do I Simpósio Brasileiro de Entomologia Cultural 2013. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2014. p. 293-308.
28. Sanmartino M. Juana y Mateo contra el Chagas: la serie, la guía y el detrás de escena de toda la propuesta [Internet]. Artículo 900. Memorias del Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación. Buenos Aires: OEI; 2014. Disponible en: <http://www.oei.es/congreso2014/memoriactei/900.pdf>
29. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JF, Leite MTS. Health education in the context of family health from the user's perspective. Interface (Botucatu). 2012; 16(41):315-29.
30. Freitas FV, Rezende Filho LA. Modelos de comunicação e uso de impressores na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. Interface (Botucatu). 2011; 15(36):243-56.

Sanmartino M, Avaria A, Gómez i Prat J, Parada MC, Albajar-Viñas P. *Não tenham medo de nós: a doença de Chagas segundo os protagonistas*. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1063-75.

O artigo apresenta um estudo internacional realizado entre outubro de 2011 e janeiro de 2012, no qual se baseou o desenho e elaboração de um vídeo (spot) que tinha como objetivo a sensibilização e promoção da visibilidade da problemática vinculada à doença de Chagas. A pesquisa, de caráter qualitativo, analisou a informação recolhida por meio de 38 questionários respondidos por pessoas afetadas e especialistas sobre a doença. A informação, para cada um dos dois grupos, foi classificada de acordo com os aspectos que as pessoas associavam com a palavra Chagas, e as dificuldades, adversidades, desafios e conquistas vinculadas com a doença. Para cada um dos referidos aspectos, apresenta-se uma análise das respostas, relatos e anedotas. As conclusões reforçam a necessidade de se conhecer e divulgar as dificuldades vividas pelas pessoas afetadas pela doença de Chagas, tendo em mente que se trata de uma realidade que se manifesta de forma diversa dependendo do contexto.

Palavras-chave: Doença de Chagas. Estudo qualitativo. Informação. Educação e comunicação. Representações.

Recebido em 23/10/14. Aprovado em 13/05/15.

Narrativas da experiência de pais de crianças com fibrose cística

Selene Beviláqua Chaves Afonso^(a)

Romeu Gomes^(b)

Rosa Maria de Araujo Mitre^(c)

Afonso SBC, Gomes R, Mitre RMA. Narratives of the parents' experience of children with cystic fibrosis. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1077-88.

This study analyses the parents' experience of children with cystic fibrosis. From the perspective of social anthropology, the experience of disease changes the perception of the world. Ten narratives were analyzed over a two-month period in 2010, at a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. The results, considering scenarios, characters and plots, highlighted: difficulties in obtaining diagnoses and understanding of the disease; exchange of information with other families; absence of paternal affection; maternal emotional overload and the role of 'health technician'; distress among siblings; school as a place of life; constant presence of death; and difficulties with healthcare professionals. Important issues surrounding family members may be poorly known by the professionals but need to be taken into account in decision-making and in drawing up therapeutic plans.

Keywords: Cystic fibrosis. Chronic disease. Child. Family.

O trabalho analisa a experiência dos pais de crianças com fibrose cística. Segundo referências socioantropológicas, a experiência da doença altera a percepção do mundo. A análise de dez narrativas, durante dois meses de 2010, num hospital público do Rio de Janeiro, Brasil, considerando cenários, persona-gens e enredos, aponta: dificuldades para obtenção de diagnóstico e compreensão da doença; a troca de informações com outras famílias; ausência afetiva paterna; sobrecarga emocional e a função de técnica de saúde materna; o sofrimento dos irmãos; a escola como local de vida; a presença constante da morte e as dificuldades com os profissionais de saúde. Aspectos importantes rodeiam os familiares, podendo ser pouco conhecidos pelos profissionais, devendo ser considerados nas tomadas de decisão e planos terapêuticos.

Palavras-chave: Fibrose Cística. Doença crônica. Criança. Família.

^(a,b,c) Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Rui Barbosa 716. Flamengo, RJ, Brasil. 22250-020. selene@iff.fiocruz.br; romeu@iff.fiocruz.br; rmitre@iff.fiocruz.br

Introdução

A doença crônica (DC) é considerada uma condição de longa duração, incurável, cujas sequelas afetam o viver em muitas dimensões: alteram-se as relações com a família, a sociedade, as instituições de saúde, os cuidadores e demais grupos, assim como se modificam crenças e valores pessoais dos que com ela convivem¹⁻⁵.

Segundo Canesqui⁶, interpretações do senso comum de diferentes grupos sociais sobre as doenças podem influenciar as distintas maneiras da incorporação do conceito do adoecimento crônico. Além disso, a experiência vivida pelos enfermos crônicos é influenciada por aspectos externos, como as políticas sociais e de saúde, que modulam o acesso aos serviços, diagnósticos e meios de tratamento.

Good⁷ amplia a discussão sobre a experiência e a representação da doença em geral e a do adoecimento crônico, especificamente. Ele e Kleinman⁸ se alinham aos principais representantes da abordagem interpretativa da antropologia médica, discutindo a interação entre significados e práticas interpretativas com processos sociais, psicológicos e fisiológicos para produzirem formas distintas de doença e trajetórias de doença. Logo, biologia, práticas sociais e subjetividade interagem na organização da doença e em sua experiência.

Essa experiência altera a percepção do mundo dos significados comuns intersubjetivamente partilhados. Certezas se modificam: a suposição de se ter controle sobre os acontecimentos; a ideia de que todos vivenciam o mesmo mundo; a importância e a velocidade do tempo; o foco da atenção da pessoa; a percepção das prioridades, assim como a confiança no próprio corpo e na vida⁷.

Considerando o corpo fonte criativa da experiência da doença, Good⁷ analisa aspectos teóricos da fenomenologia, sobretudo os de Merleau-Ponty e Schultz, voltando-se para as relações entre: a experiência corporal, o significado intersubjetivo, as estratégias narrativas que refletem e reelaboram a experiência da doença e as práticas sociais que canalizam o comportamento da doença.

Good⁷ situa suas discussões na análise de redes semânticas, um meio de registrar sistematicamente os âmbitos de significados associados a sinais e sintomas num léxico médico, que influenciam experiências e relações sociais, fazendo com que a doença seja constituída numa síndrome de experiência e significado. O conjunto de significados que associa doença a valores culturais fundamentais da civilização é antigo e resistente, servindo de ancoragem para novas doenças ou classificações médicas.

Para Good⁷, a experiência da dor e de outras condições crônicas ameaça sistematicamente subverter, desconstruir ou reconstruir o mundo vital em busca de significado. Essa ideia também se relaciona ao que Bury⁹ denomina ruptura biográfica. Para o autor, a DC – por envolver dor, sofrimento e até morte – pode fazer com que indivíduos, suas famílias e redes sociais rompam regras comuns de reciprocidade e apoio mútuo, levando-os a repensar planos futuros. Assim, frente às rupturas das estruturas da vida cotidiana, seus significados e formas de conhecimento provocados pelas condições crônicas e recursos para o enfrentamento da nova situação, envolvem o repensar de biografias e autoimagens⁶.

Essas alterações ocorrem, também, com familiares que convivam com as DC infantis e estão ligadas: à incerteza sobre o futuro; à submissão às regras das instituições de saúde; à adaptação da rotina pessoal e familiar; às recomendações de tratamento e cuidados; à vida social e profissional; aos temores de perder parceiros afetivos pelo distanciamento do corpo e da alma, por dedicarem-se à criança; e ao sofrimento decorrente do intenso desgaste físico e mental sofrido por eles¹⁰. Nesse cenário, este trabalho situa a experiência de pais de crianças cronicamente adoecidas, com fibrose cística.

A fibrose cística (FC) ou mucoviscidose é uma doença genética autossômica recessiva que afeta cronicamente glândulas exócrinas, causando espessamento do muco e suas repercussões: doença pulmonar crônica e supurativa, má absorção intestinal e elevada concentração de cloretos no suor. Ela se expressa clinicamente de diferentes formas, precocemente – forma mais comum – ou na vida adulta; tem caráter evolutivo e pode levar à morte na infância ou ao longo da juventude. Na América Latina, a FC tem incidência de 1:4.000-10.000 em nascidos vivos¹¹. O número de diagnósticos tem aumentado: pelo reconhecimento de suas manifestações, por história familiar positiva e pelo

rastreamento neonatal ou teste do pezinho. Mas a doença ainda precisa ser mais bem conhecida e divulgada, já que tem sido subdiagnosticada em países em desenvolvimento¹², afetando a evolução da doença e a experiência do adoecimento.

A dinâmica e a organização dessas famílias são comprometidas pela rotina de cuidados. As mães, em geral, deixam a casa, o trabalho, os outros filhos e o marido para se dedicarem aos procedimentos ambulatoriais e hospitalizações exigidos pela FC¹³.

O sentimento de perda antecipada torna constante a dor desses familiares. A vida da criança é quantificada, o corpo mensurado, seu tempo de vida inconscientemente calculado a cada intercorrência clínica. Há, nos pais, o medo de falhar e a dúvida quanto à evolução da doença que, apesar de seus esforços, pode levar a criança à morte. Para alguns, não importa quão rigorosos eles sejam nos cuidados e tratamento dos filhos: cedo ou tarde, a doença se impõe e a morte os alcança, significando que falharam nos cuidados¹³.

A escuta da experiência desses familiares lhes propicia uma elaboração interna para suportarem as condições crônicas das crianças; e, aos profissionais de saúde, compreender o mundo em que vivem essas famílias. Assim, linhas de cuidados podem ser traçadas, triangulando a tecnologia disponível, a subjetividade das crianças e a experiência de seus cuidadores diretos.

A partir dessa perspectiva, este trabalho analisa a experiência de familiares de crianças com FC, buscando construtos que contribuam para a promoção de sua melhor assistência.

Metodologia

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla que abordou os sentidos atribuídos, pelas famílias, às notícias difíceis que recebiam ao longo do convívio com a FC. No entanto, outros resultados evidenciaram aspectos da experiência dos pais no convívio com essa doença. Este artigo baseia-se no estudo de narrativas sobre a problematização da “relação entre as formas culturais ou simbólicas e a experiência”⁷ (p. 254-5).

Bury³ entende o ato de narrar histórias sobre si ou sobre os outros como universal e perpassado por infinito reservatório de significados, tecendo fios narrativos universais, culturais e individuais da experiência humana. As experiências são relatadas numa ordem significativa, articulando passado, presente e futuro. Assim, não só eventos passados podem ser apresentados sob o olhar do presente, como experiências podem ser projetadas para o futuro¹⁴.

Além de descreverem a realidade dos sujeitos, as narrativas contêm um esforço em busca da normalização de suas vidas diante das constantes ameaças. A narrativização procura sentidos que nomeiem e deem forma à fonte do sofrimento. Esse processo atravessa a experiência em toda a linha do tempo da vida do sujeito, que tenta localizar os eventos em sua própria história, colocando-os numa ordem que faça sentido, por meio do mecanismo reflexivo, terapêutico e transformador⁷.

Como a experiência da doença pode ser considerada ampla e complexa, metodologicamente, com base em Gomes e Mendonça¹⁴, o foco do estudo incidiu, sobretudo, na forma como os sujeitos assumiam a situação de terem uma criança com FC ou como nela se situavam.

O campo foi o ambulatório de pneumologia de um hospital público referência para a FC no Rio de Janeiro, que, no momento da pesquisa, atendia 129 crianças de várias regiões do estado. Esse ambulatório se articula com os demais atendimentos multiprofissionais à FC: nutrição e fisioterapia respiratória. Em geral, os atendimentos são mensais, mas podem ser alterados pela gravidade da doença. Os sujeitos da pesquisa foram mães ou pais dessas crianças com idade entre dois e 12 anos, diagnosticadas com FC (há pelo menos dois anos) sem comorbidades.

Foram previstos dez sujeitos para o estudo e uma avaliação da suficiência do material quanto à saturação de sentidos. Eles foram abordados na sala de espera do ambulatório do hospital a partir de prévia seleção na planilha das consultas. Aceitando participar, foram levados, no mesmo dia, a uma sala reservada, buscando não sobrecarregar a rotina dos entrevistados e manter sua privacidade. Eles foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido.

Sendo o instrumento do estudo uma entrevista aberta, os familiares foram solicitados a contar suas experiências com os filhos. Os relatos seguiram curso livre, com interrupções quando a pesquisadora necessitava estimular a fala ou pedia esclarecimentos.

Todas as narrativas foram transcritas e analisadas tendo como referenciais teórico-metodológicos os princípios sistematizados por Good⁵ e Gomes e Mendonça¹⁴. A análise iniciou-se com repetidas leituras do material, procurando entender os sentidos atribuídos à FC e à experiência de ser pai/mãe de uma criança com essa doença, além de se obter uma percepção geral sobre o conjunto dos relatos dos sujeitos. Os passos seguintes foram: (a) identificação de trechos dos relatos relacionados aos componentes das narrativas (cenários, personagens e enredos); (b) identificação de ideias centrais presentes em cada um dos trechos em cada categoria; (c) comparação das ideias dos relatos em cada categoria, estabelecendo-se semelhanças e diferenças; (d) descrição dos achados de cada componente das narrativas; (e) articulação entre os achados e os resultados de outros estudos sobre o assunto quando era procedente, e (f) elaboração de síntese interpretativa, articulando componentes das narrativas e princípios teóricos do estudo.

Sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados dez familiares de crianças com FC, sendo nove mães e um pai (Quadro 1). Essas dez narrativas foram suficientes para responder às questões da pesquisa original e revelaram saturação de sentidos.

Quadro 1. Crianças com Fibrose Cística

Narrativa	Posição da criança na família/idade	Tempo de diagnóstico
N1	Meio / 3a	2m
N2	Caçula / 9a	1a
N3	Maior / 11a	6m
N4	Caçula / 8a	2a
N5	Caçula / 9a	4a
N6	Único / 4a	2a
N7	Caçula / 10a	6m
N8	Maior / 8a	1a
N9	Maior e Caçula/ 8a	2a
N10	Caçula/10a	4a

Fonte: Afonso¹⁵.

Do conjunto dos sujeitos, oito tinham outros filhos com FC. Em duas narrativas, a criança era filha única; dois entrevistados já haviam perdido uma criança com FC, e outro teve um segundo filho também diagnosticado com a doença. Uma entrevistada já havia perdido uma criança mais velha por câncer e outra tinha um filho com câncer.

Dos sujeitos, nove nasceram no Rio de Janeiro e um em Santa Catarina. Em relação à moradia, três declararam residir na zona norte do município do Rio de Janeiro, um na zona oeste e seis em outros municípios, o que confere, ao grupo, um perfil sociocultural urbano. Dois informaram morar em favelas.

Quanto ao nível de escolaridade, três participantes haviam cursado o segundo grau completo, um o segundo grau incompleto, um o Superior incompleto e cinco o nível Fundamental. Todos dependiam do Sistema Único de Saúde para o tratamento de seus filhos, já que o serviço especializado em FC, da instituição que serviu como campo, é público; porém, duas famílias contavam com plano de saúde complementar.

Quanto à inserção dos sujeitos no mercado de trabalho, sete das nove mães não trabalhavam formalmente. Cinco viviam dos rendimentos de seus companheiros e duas do benefício previdenciário dos filhos adoecidos. Das duas mães que trabalhavam, uma era autônoma e outra tinha um vínculo público, além de também atuar como autônoma. O único pai entrevistado era profissional autônomo, trabalhando como mão de obra não qualificada.

Cenários das experiências

Os cenários, aqui entendidos como lócus onde os significados de experiências foram criados, informam, também, a espacialidade onde a narrativa reinventa a experiência na sua unicidade, e a partilha ao inseri-la no mundo da significação entre parceiros¹⁴.

Os serviços de saúde são centrais nas narrativas, pois, parte da vida dos sujeitos ocorria ali, sendo ali também que as narrativas foram produzidas – e, para um profissional da área, o que favoreceu o processo de narrativização.

Na experiência de busca por atendimento, diagnóstico e tratamento, o percurso das famílias envolveu uma peregrinação por vários serviços e profissionais. Geralmente, a dificuldade de acesso a esses serviços resultou no agravamento do quadro clínico das crianças. Fora do serviço de referência, mesmo quando o diagnóstico era feito, havia dificuldade em articular a equipe multiprofissional especializada necessária.

“E aí eu chorava muito, porque eu tinha que tratar a parte pulmonar e eu tinha que equilibrar com a parte nutricional. E as pessoas não sabiam como era a doença! As pessoas não sabem, doutora, é muito ruim! Você sabe que as pessoas não sabem tratar!”. (N8)

O despreparo dos profissionais e a fragmentação dos serviços de saúde acrescentam sofrimento à procura dos familiares por diagnóstico e tratamento, configurando-se, assim, desumanizante pela oferta de cuidados subpadronizados e por selecionar os sujeitos por status para o acesso às melhores tecnologias¹⁶.

A experiência da cronicidade provocou reflexos na escola, local de socialização tão importante que, para as crianças, foi tida como sua razão de viver. Algumas se ressentiam quando precisavam faltar às aulas, pois lá elas tinham a oportunidade de se sentirem alunos como os outros.

“Ano passado ela ficou de março a agosto no hospital. No final do ano, ela estava lendo, ela estava escrevendo, e foi a oradora da turma que emocionou todo mundo. E a própria psicóloga da escola falou: ‘Ela se prende à escola como uma forma de vida’!”. (N2)

Mas a escola também foi onde as diferenças entre os pacientes e outras crianças ficaram evidentes. Como no caso da criança que procurou, entre os colegas, algum que tivesse sua doença e não encontrou nenhum. Entretanto, esse espaço é apenas mencionado nas narrativas como locus onde observam-se reflexos da doença em questão, sem que haja muitos elementos para que seja delineado como um cenário da experiência de ter um filho com FC. Talvez, se a criança fosse o sujeito da narrativa, e não seus pais, a escola se configurasse melhor como um cenário.

Personagens mencionados

Vários personagens figuraram na trama das narrativas: a própria criança; seus irmãos; a FC; o pai; a mãe; os profissionais de saúde e a morte. As relações estabelecidas entre eles demarcaram momentos da narrativa que interferiram na experiência da doença.

A criança foi um personagem central. Era dela que se falava sempre, mesmo de modo subentendido. Com ela se estabeleceram diálogos difíceis, como quando a mãe insistiu para que a filha tomasse o remédio e recebeu como resposta: “Ah, mãe, eu vou morrer mesmo” (N3).

Outras vezes, a criatividade foi necessária para superar os dilemas e conflitos diante das exigências do tratamento e em benefício da criança:

“Eu tinha que descobrir um meio de ele aceitar o leite [artificial]. Eu tive que tirar meu peito e ele queria ficar o tempo todo mamando. Eu dava pra ele o leite [artificial] e ele vomitava. Ele não aceitava mamadeira. Mãe é esse bicho que tem esse amor incondicional [chora]. Aí eu passava o leite [artificial] em mim [no corpo] pra ele aceitar aquele leite e esquecer o meu peito [muito emocionada]”. (N8)

Em algumas narrativas, a criança surgiu como alguém a ser protegida da exposição pública. Era preciso tornar aceitáveis os cuidados rotineiros e necessários para a própria criança. Uma das mães contou que seu marido não queria dar os vários comprimidos ao filho de dois anos em público para não expô-lo à curiosidade dos outros. Ela, ao contrário, entendia que o filho precisava tomar o remédio em qualquer lugar porque “é a realidade dele, ele precisa lidar com isso e não é legal esconder” (N9).

Por vezes, a centralidade que a criança com FC ocupava fez com que os outros filhos ficassem relegados a segundo plano, o que, para as mães, significou mais sofrimento, pesar e culpa: “Eu peço perdão pro mais velho [filho saudável], até hoje. Ele compreende, mas a carência dele é uma coisa nítida” (N8).

Por isso, alguns dos demais filhos precisaram ser cuidados por ex-companheiros ou pelos avós, em outras casas. Os que permaneceram com a família nuclear receberam menos atenção das mães, ficando mais expostos aos riscos das favelas violentas em que moravam.

Estudos acerca da relação entre familiares e crianças com FC apontam: desgaste físico e emocional^{17,18}; alterações do cotidiano familiar¹⁹; diminuição da atenção e culpa em relação aos filhos não doentes²⁰, e necessidade de reorganização de toda a vida familiar²⁰.

A FC também é personificada e surgiu como algo desconhecido, mesmo para familiares que lidavam com a doença havia anos: “Eu não sei nada sobre fibrose cística! É uma busca de respostas. Porque nós precisamos de respostas” (N2).

Nessa busca por maior entendimento sobre a FC e suas consequências, e para troca de experiências, os narradores recorreram a outras famílias com a mesma problemática. Mas, porque cada caso é único e há diferentes expressões clínicas da doença, essas trocas serviram como apoio emocional e ilustração de etapas do adoecimento que estavam por vir, deixando ainda muitas dúvidas quanto às causas orgânicas e a dinâmica da doença.

“Eu não sabia direito. Mas até hoje eu não sei direito que raio de doença é essa daí! O que eu sei é o que eu venho escutando no hospital, que as mãezinhas pegam e vêm falar”. (N3)

Porém, mesmo o conhecimento sobre a doença – considerado adequado pela biomedicina – não anula a incerteza, já que esta é a essência da experiência do adoecimento crônico, afetando tanto a ação médica quanto a vida dos pacientes e de seus familiares²¹.

Assim, a prevalência da experiência sobre o saber não diminui a importância dessas trocas, pois a solidariedade e a identificação com os iguais gera, nos pais, o sentimento de pertencimento, que os fortalece, ajudando-os a suportar desafios no processo do tratamento²¹.

Outro personagem foi o pai, mencionado em todas as narrativas femininas. Quando presente na vida familiar, foi citado como bom pai e marido, mas sua ausência afetiva foi a queixa mais frequente. Mesmo quando os parceiros eram da área da saúde, delegavam, às mulheres, a dianteira em decisões importantes, trazendo mais consequências ao estado de ânimo delas.

“O pai, no primeiro ano – não sei se por medo ou por desespero – se ausentou emocionalmente completamente de mim. E a ausência dele me doía muito”. (N8)

As mães tiveram função central nas atividades ligadas à criança. Elas lidavam com os compromissos relativos aos serviços de saúde, como consultas, internações e com tudo mais que a FC acarretava.

“E, mais uma vez, eu me sinto numa luta que parece ser só minha! Que parece não ser do pai, que parece não ser do padrinho. Parece que só eu que tenho que ir atrás de laudos, ou buscar mais uma vez um advogado público”. (N8)

A atuação das mães foi de total devoção e envolvimento com o tratamento, buscando prolongar e manter a vida da criança. Elas precisavam aprender e supervisionar os procedimentos e/ou aplicá-los aos filhos. Quanto mais especializadas nos cuidados ficavam, mais elas se tornavam indispensáveis ao tratamento da criança, o que aumentava a sobrecarga física e emocional decorrente do manuseio corporal e afetivo do filho²⁰.

“Ele não aceitava que outra pessoa mexesse nele... Então, eu tive que lidar com aquilo [a gastrostomia]! E pra mim era difícil até porque, era meu filho, eu não queria mexer. E eu tive que passar por cima disso, devagarzinho, mas nos adaptamos. Não sentia confiança de outra pessoa 'tá mexendo. Ele estava também num momento de precisar de mim, eu não ia botar os cuidados na mão de outra pessoa”. (N9)

Cuidar do filho cronicamente adoecido pode ser uma experiência solitária, já que muitos compromissos recaem sobre a mãe, anulando, para a maioria delas, os demais papéis anteriormente exercidos. A narrativa do único pai entrevistado – ainda que aponte seu compromisso e cuidado com a criança – é mais esperançosa, talvez pela menor exposição a muitas das atividades impostas pela FC, função geralmente exercida pelas mães, dado reforçado por outros estudos^{10,19,20}.

A centralidade das mulheres nos cuidados envolve questões de gênero construídas a partir de significados culturais e subjetivos com variações no tempo e no espaço. Os estereotípicos criados em torno desses significados influenciam na criação de crenças generalizadas acerca do que é típico para homens e mulheres^{22,23}, influenciando a concepção do cuidado como algo feminino²⁴ – entendimento que pode tanto fortalecer o poder simbólico da mulher no ambiente familiar quanto naturalizar padrões tradicionais de gênero.

Caracterizados de diferentes formas, e ainda que mencionadas várias categorias de profissionais de saúde, os médicos foram os protagonistas nas falas. De um lado, o reconhecimento de sua capacidade técnica – eles diagnosticaram a doença, instituíram o tratamento, determinaram os momentos críticos que requeriam internações ou o início de novas terapêuticas; por outro, esperava-se deles compreensão da experiência vivida pelos familiares frente à doença do filho e sensibilidade ao dar as notícias sobre o estado dos pacientes.

“Quando eu cheguei, eu me lembro como fosse hoje... Eu entrei na sala, eles nem pediram pra mim sentar... E a médica, falou pra mim: ‘Mãe, sua filha tem uma doença muito grave, que não tem cura, e ela precisa ser internada às pressas.’ Aquilo foi como um impacto! E quando você recebe a notícia, você tem vontade de sumir! O chão se abre!”. (N4)

A dificuldade na comunicação gerada pela insuficiência de informações claras, acessíveis ou inadequadamente transmitidas pelos profissionais compromete a confiança mútua e o entendimento que familiares podem ter sobre a dinâmica da doença, na retenção e no entendimento da informação, na capacidade de superar os impasses promovidos pela doença, e na capacidade de pacientes e familiares atuarem para a melhoria de sua saúde^{25,26}.

Na prática, nem sempre o que é dito pelos médicos é entendido pelos familiares. Além disso, o prognóstico de pouco tempo de vida para seus filhos pode desencadear medo, revolta e não-aceitação da realidade.

Por fim, a morte figura, implícita ou explicitamente, como personagem devido à incurabilidade da FC. Como mencionou uma mãe: “Você tem que conviver 24 horas com a morte o tempo todo te rondando” (N2).

Para uns, tal perspectiva trouxe a ideia de que a luta é inglória. Nos relatos, esteve a ideia de muita luta, e a única certeza era a de que não haveria vitória, se os narradores considerassem a cura como tal. Na literatura, consta que os familiares vivem sentimentos perpassados pelo medo da morte da criança, a certeza de que ela virá precocemente causando um pesar antecipado, ressaltando seu receio de falhar nos cuidados, o que abreviaria a vida do filho¹³.

Enredos

Segundo Good⁷, os enredos conferem ordem à história, imprimindo certa direção e intenção de significado ao relato. Neles, as intercorrências clínicas são o marco inicial de uma sequência de acontecimentos que alteram o cotidiano e que culminam, inicialmente, no diagnóstico.

Nesse sentido, o diagnóstico colocou os familiares em contato com a condição crônica, gerando um sentimento ambíguo: propiciou o controle dos sintomas e a melhora do estado clínico dos filhos, mas modificou seu cotidiano pelo prognóstico restrito e pelas prescrições terapêuticas, causando-lhes temor, incerteza e trazendo novas rotinas. N8 conta: “E aí veio a notícia [o diagnóstico] e veio a [consciência da] doença. [Chora.] Esse foi o pior momento pra mim.”

Após o diagnóstico, e instaurada a rotina de cuidados, surgiram outros desafios, mesmo para os que tinham recursos financeiros. Os pais travavam uma luta para cumprir as prescrições médicas e viver uma vida mais próxima do considerado “normal”.

“O cotidiano é cansativo, às vezes, as fisioterapias respiratórias são cansativas, ele fica enjoado! É uma criança! Eles ‘tão brincando, chega à fisioterapeuta, ele tem que parar, sentar e fazer fisioterapia. Mas, é ruim, não é algo bom de você conviver. Não foi isso que eu planejei pra minha vida. Mas foi isso que eu tive”. (N9)

Ao mesmo tempo em que os familiares tentavam viver da forma o mais próxima possível da que as pessoas ditas saudáveis viviam, eles percebiam grandes diferenças entre suas rotinas e a de outros. Havia baixa probabilidade de as pessoas saudáveis compreenderem as limitações geradas pela FC. Os familiares viviam uma “síndrome da experiência” que só os que convivem com a DC podem aquilatar⁷.

Especialmente os enredos das mães têm como desfecho unânime a entrega da própria vida, pois elas abrem mão de seus projetos e necessidades pessoais para cuidar do filho, justamente o que o senso comum esperaria de uma “boa” mãe.

“Tive que abandonar o serviço, eu sabia que eu tinha que entrar nesse tratamento pra salvar a vida do meu filho! E aí eu abandonei tudo por ele”. (N7)

Para uns, o meio de lidar com a falta de controle sobre a evolução da FC no corpo da criança e suas consequências era tomar essa luta um desafio pessoal, ganhando tempo até que novos recursos biotecnológicos surgissem²⁷, implicando modificar e adaptar as prioridades em suas vidas.

Os enredos que se desenrolam após o diagnóstico da doença também sugerem rompimentos na vida cotidiana.

“Eu agora eu não sou a mãe da [menciona o nome da filha]. Eu não sou mais a secretária que eu fui, eu não sou mais a mãe. Eu nem me sinto mais mãe. Eu me sinto a enfermeira, a babá... Se ela está na escola, eu tenho que estar na escola, porque ela ganhou uma bolsa e a escola acha por bem eu estar sempre por perto. Quer dizer, então, eu não vivo mais”. (N2)

Conviver com a DC de filhos pode levar a vivenciar uma experiência disruptiva, promovendo uma ruptura biográfica⁹ na vida dos pais. Nesse sentido, os demais papéis sociais exercidos por eles correm o risco de ficarem suspensos para dar espaço aos cuidados a serem dispensados frente à doença. Esse tipo de rompimento tanto pode atingir as estruturas da vida cotidiana quanto as formas de pensamento que sustentam tais estruturas⁹.

Por outro lado, nem sempre a ruptura permanece. Para lidar com a continuidade da doença da criança, os pais podem mudar seu modo de pensar, experimentando uma adaptação ou uma ressignificação frente à doença, ou ainda – usando a expressão de Bury³ – uma reconstrução biográfica.

“Quando soube [que o filho tinha FC], eu não quis mais ter filho. Porque aí existem as probabilidades e tal. Ao longo do tempo que eu aprendi a lidar com [menciona o nome do filho], eu vi que aquilo ali não era uma dor... um bicho de sete cabeças, que eu era capaz! Eu falei: se eu sou capaz de um, eu posso assumir o risco de ser capaz de ter outro [filho com FC]”. (N9).

Ainda que haja essa possibilidade, predominou, nos enredos das narrativas, o pesar de não saber até quando a criança viveria, podendo essa dúvida ser entendida como uma possível ruptura.

Em alguns enredos, parecia haver um duplo esforço: encarar a luta contra a morte e, ao mesmo tempo, levar uma vida mais próxima do comum.

“[É] triste. Mas eu vou levando a vida. Ah, eu levo assim normal. Mas só eu que sei o que eu passo!”. (N3)

Assim, a FC mudou a vida desses familiares, colocando-os frente a uma realidade da qual, até então, a maioria estava pouco consciente: a da finitude e fragilidade da vida humana. Ao afirmar que estavam “levando a vida”, os narradores mais pareciam estar sendo levados por ela, invertendo a lógica do senso comum de que controlamos nosso corpo e destino⁷.

Síntese interpretativa

As narrativas de pais sobre a convivência com a FC – condição de longa duração e incurável – revelam cenários, enredos e personagens com características específicas. As sucessivas consultas ou internações fazem com que os serviços de saúde tenham uma centralidade nos cenários das experiências. Nesses serviços, desenvolvem-se significados e modos de se lidar com a doença que avançam na espacialidade da experiência da DC vivenciada em outros ambientes da vida cotidiana.

Para Good⁷ nesses serviços, ainda que haja diferentes profissionais que prestam assistência ao sujeito da doença crônica, os médicos podem ser vistos como os principais protagonistas nas narrativas. Suas explicações acerca da doença costumam ser utilizadas como parte da ordem natural, e suas ações, em muitas experiências de cronicidade, modelam, cada vez mais, a vida cotidiana, fazendo com que os mundos da clínica, dos exames e dos testes passem a dominar as relações sociais.

Em relação ao fato de os serviços de saúde e o médico assumirem uma centralidade nos cenários e entre os personagens, respectivamente, nas narrativas, não se pode desconsiderar que isso possa ter ocorrido por conta de que a produção das narrativas deste estudo ocorreu em um serviço de saúde, tendo como ouvinte um profissional de medicina, dado que as narrações são produzidas no âmbito das relações intersubjetivas, envolvendo autores e públicos⁷. Nessa relação, o poder do narrador reside também na capacidade em contar o tipo de história que é importante para quem ela é direcionada²⁸.

Ainda que percebida como coadjuvante, a morte também pode surgir entre os personagens dos enredos das DC. Segundo Good⁷, a morte é um personagem onipresente e pano de fundo do cotidiano, mais evidente do que costuma ser para as pessoas que não convivem com uma doença, tornando seu mundo diferente do mundo em que os outros vivem. No caso de crianças, a morte assume uma carga simbólica diferenciada, uma vez que – por ser vista como um ruptura na ordem “natural” da vida – ela interrompe a expectativa de haver um futuro pela frente²⁹.

Ainda sobre os enredos, cabe uma relativização quanto ao fato de, neste estudo, se considerar a luta pela vida da criança como o desfecho. Isso não significa que houve uma completude em todas as narrativas. Assim como no estudo de Good⁷, em geral, os relatos ficaram inconclusos. A complexidade da doença vivida no presente nem sempre abre espaço para que haja um desfecho claro sobre o

futuro. Os relatos, de certa forma, utilizando as palavras desse autor, pareciam se referir a pessoas que estão na metade de uma história⁷.

Considerações finais

Os resultados mostraram peculiaridades do convívio dos familiares com a condição crônica dos filhos, passíveis de escapar aos profissionais de saúde, sugerindo que estes podem ser sensibilizados para além das questões biomédicas. Junto às etiologias e nosologias das doenças, as experiências desses familiares podem servir de referência para a abordagem clínica.

Existem distintas realidades, que determinam valores diversos, comportamentos, reações e escolhas. Conhecer e respeitá-las faz parte do compromisso de profissionais de saúde com a vida dos familiares/pacientes, sem distinção de qualquer ordem, assistindo-os dentro dos limites da biomedicina e da dignidade humana. A qualidade da assistência prestada ao adoecido crônico na infância, e, em particular, à FC, necessita contínua e dinâmica revisão.

De acordo com os cenários, a ampliação da divulgação da FC e o preparo de novos centros de referência com a adequada articulação das especialidades-chave para o tratamento podem facilitar o diagnóstico e tratamento. A aproximação dos serviços de saúde com a escola pode torná-la parceira. Com esclarecimento, informação e comunicação efetiva sobre a FC aos educadores, cria-se uma rede, facilitando a inclusão da criança e tornando sua vida e a de seus familiares mais autônoma e plena.

Todos os personagens evidenciados pelas narrativas fazem parte do tecido de relações que compõe o mundo do adoecimento crônico, ordenado pelos enredos vinculados à busca pelo diagnóstico e tratamento, cuja força motriz é a luta pela vida da criança. O conhecimento a respeito da interdependência desses fatores e suas interferências sobre a experiência da doença sugerem que o diálogo entre todos os atores e o suporte emocional podem atenuar desgastes, fortalecer vínculos em busca de acordos, tanto nas relações familiares como entre usuários e equipes, possibilitando, assim, favorecer uma aproximação dos que vivem com a DC à chamada vida comum, mesmo sob a sombra da morte.

Por fim, vários aspectos advindos das narrativas relativas à FC podem ser encontrados nas demais doenças crônicas na infância, sugerindo que mais estudos gerem reflexões e ações que evidenciem o entrelaçamento dos fatores biopsicossociais no âmbito da Saúde Coletiva diante dos desafios impostos pelo novo perfil epidemiológico de DC.

Colaboradores

Todos os autores participaram da elaboração e redação do artigo.

Referências

1. Kleinman A. The meaning of symptoms and disorders. In: Kleinman A. The illness narratives, suffering, healing and the human condition. Lexington: Basic Books; 1988. p. 3-30.
2. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saude Publica*. 1994; 10(4):497-504.
3. Bury M. Illness narratives: fact or fiction. *Sociol Health Illn* [Internet]. 2001 [acesso 2010 Mar 1]; 23(3):263-85. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/14679566.00252/abstract>
4. Herzlich C. Health and illness on the eve of 21st century: from private experience to the public sphere and back. *Physis*. 2004; 14(2):383-94.
5. Good BJ. The body, illness experience, and the life world: a phenomenological account of chronic pain. In: Good BJ, organizador. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. 10th ed. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 116-34.
6. Canesqui AM. Estudos socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: Canesqui AM, organizadora. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec, Fapesp; 2007. p. 19-51.
7. Good BJ. *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra; 2003.
8. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med*. 1978; 12:85-93.
9. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn*. 1982; 4(2):167-82.
10. Santos MER. *Crianças e doença crônica: a vida possível [tese]*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2003.
11. O'Sullivan BP, Freedman SD. Cystic fibrosis. *Lancet*. 2009; 373(9678):1891-904.
12. Firmida M, Lopes AJ. Aspectos epidemiológicos da FC. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2011; 10(4):12-22.
13. Jussep M, Parkinson C. All at sea: the experience of living with cystic fibrosis. *Qual Health Res*. 2010; 20(3):235-64.
14. Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 109-32.
15. Afonso SBC. *Notícias difíceis: sentidos atribuídos pelos familiares de crianças com fibrose cística [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira; 2011.
16. Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-47.
17. Furtado MCC, Lima RAG. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(1):66-73.
18. Nóbrega VM, Collet N, Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [acesso 2015 Jul 12]; 12(3):431-40. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>
19. Tavares KO, Carvalho MDB, Peloso SM. O que é ser mãe de uma criança com FC. *Rev Gaucha Enferm*. 2010; 31(4):723-9.

20. Aragão PM. A criança com mucoviscidose e seu campo de possibilidades: uma perspectiva etnográfica de dois estudos de caso [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004.
21. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da Medicina. Bauru: EDUSC; 2001.
22. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10):1385-401.
23. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(11):4503-12.
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(3):565-74.

25. Caprara A, Rodrigues J. Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(1):139-46.
26. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(3):1849-61.
27. Damião EBC. Crenças das famílias da criança com FC [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2002.
28. Cardoso VZ. Narrar o mundo: estórias do "povo da rua" e a narração do imprevisível. *Mana*. 2007; 13(2):317-45.
29. Nehmy RMQ, Brito AC, Mota JAC, Oliveira BM. A perspectiva dos pais sobre a obtenção do diagnóstico de leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes: uma experiência no Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2011; 11(3):293-9.

Afonso SBC, Gomes R, Mitre RMA. Narrativas de la experiencia de padres de niños con fibrosis quística. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1077-88.

El trabajo analiza la experiencia de los padres de niños con fibrosis quística. Según referencias socio-antropológicas, la experiencia de la enfermedad altera la percepción del mundo. El análisis de diez narrativas, durante dos meses de 2010, en un hospital público de Río de Janeiro, Brasil, considerando escenarios, personajes y guiones, señala lo siguiente: dificultades para la obtención de diagnóstico y entendimiento de la enfermedad; el intercambio de informaciones con otras familias; la ausencia afectiva paterna; sobrecarga emocional y la función de técnica de salud materna; el sufrimiento de los hermanos; la escuela como local de vida; la presencia constante de la muerte y las dificultades con los profesionales de la salud. Hay aspectos importantes que rodean a los familiares y que pueden ser poco conocidos por los profesionales, debiendo ser considerados en las tomas de decisión y planes terapéuticos.

Palabras clave: Fibrosis quística. Enfermedad crónica. Niño. Familia.

Recebido em 01/08/14. Aprovado em 17/02/15.

As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil*

Selma Maria da Fonseca Viegas^(a)
Cláudia Maria de Mattos Penna^(b)

Viegas SMF, Penna CMM. The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1089-100.

This was a qualitative holistic multiple case study based on comprehensive sociology of everyday life, with voluntary inclusion of 48 participants. It originated from a doctoral thesis. Its aim was to understand the dimensions of comprehensiveness present in healthcare, as conceptualized by professionals within the family healthcare teams and managers in the municipalities of the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. Comprehensiveness of care was addressed in four dimensions: the whole being; comprehensive attendance for healthcare demands; integration of healthcare services; and intersectorality. The results show that it is not enough for professionals to have a watchful eye and be able to grasp users' needs. The population needs to have access to a system with comprehensive actions so that healthcare as a right for all can materialize.

Keywords: Comprehensive healthcare. Care. Family Health Strategy. Brazilian Health System.

Trata-se de estudo qualitativo de casos múltiplos holísticos, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, originado de uma tese de doutorado, com a inclusão voluntária de 48 participantes. Teve como objetivo compreender as dimensões da integralidade presentes no cuidado em saúde na concepção de profissionais das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. A integralidade foi abordada em quatro dimensões: a do ser integral; do atendimento integral às demandas em saúde; da integração dos Serviços de Saúde; da intersectorialidade. Os resultados indicam que não basta que os profissionais possuam um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário. É necessário que a população tenha acesso a um Sistema com ações integrais para a materialização da saúde como direito que é de todos.

Palavras-chave: Assistência integral à Saúde. Cuidado. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

* Elaborado com base na tese "A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais", apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2010. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP UFMG).

^(a) Curso de Enfermagem - Área Saúde Coletiva, Universidade Federal de São del-Rei, campus Centro Oeste. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 207, bloco A, Chanadour. Divinópolis, MG, Brasil. 35.501-296. selmaviegas@ufsj.edu.br

^(b) Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. cmpenna@enf.ufmg.br

Introdução

A integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva.

A integralidade é um princípio doutrinário da política de Estado para a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que permite uma identificação dos sujeitos autônomos e livres, dignos de uma atenção à saúde qualificada e resolutive. É um conceito que surgiu no contexto específico do SUS em 1988. É uma palavra que não existe no dicionário, constituiu-se descritor em Ciências da Saúde somente em 2014. Não há referência à palavra integralidade na Constituição da República de 1988, e sim ao atendimento integral no art. 198, inciso II, que prescreve que, no campo da saúde, haja “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”¹ (p. 133). Na Lei Orgânica da Saúde² há uma única referência à integralidade no artigo 7º, inciso II, que determina que as ações devam ser realizadas “obedecendo ao princípio da integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”² (p. 3).

Destarte, a integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura de valores tradicionais na Saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas.

Visando à atenuação da fragmentação da assistência, o trabalho em equipes multidisciplinares foi acertadamente traduzido no SUS como prioridade para a Atenção Primária à Saúde (APS) e se constituiu na estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com os profissionais: médico; enfermeiro; técnico de enfermagem; agentes comunitários de saúde (ACS); cirurgião-dentista e técnico/auxiliar de saúde bucal. Como, também, na formulação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atua de maneira integrada e apoia os profissionais da ESF; ou, mesmo, nos municípios que não possuem o NASF, pela atuação de profissionais pediatras, ginecologistas e clínicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dessa forma, “a ESF é um exemplo, local privilegiado de prática clínica, que permite atenção e acompanhamento continuado das pessoas, e que pode viabilizar uma necessária revolução contrária, como vem fazendo a tendência hegemônica biomédica”³ (p. 203).

Nessa conjuntura, a ESF visa à reorganização da APS de acordo com os preceitos do SUS, e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial: de aprofundar princípios, diretrizes e fundamentos desse nível de atenção, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade⁴.

Se o fundamental é potencializar esforços que impulsionem mudanças em direção à construção de um novo paradigma no setor Saúde, o esclarecimento da construção da integralidade, em suas dimensões e no contexto da ESF, pode resultar numa importante sinergia em torno não apenas da Saúde da Família enquanto coordenadora do cuidado integral no contexto da família e da comunidade, mas com mudanças mais efetivas que atendam às necessidades de saúde da população e uma gestão pública mais comprometida com o bem saúde.

Considerando os princípios doutrinários do SUS como eixos dessas mudanças na construção de novos modos de produzir saúde, “o da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”⁵ (p. 14).

Para responder às necessidades mediante as singularidades dos usuários, é mister o cuidado integral. Atribuem-se, à palavra cuidado, os significados de tomar conta, atitude, um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir continuar e reproduzir-se⁶. O cuidado é visto como um conjunto de comportamentos e ações que envolvem: conhecimentos, habilidades e atitudes, intuição e pensamento crítico, realizados para com

o ser cuidado, no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer, e constituem, em última análise, um processo de transformação de ambos, cuidador e ser cuidado⁷.

Como a ESF utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território de abrangência, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos, para que se atenda ao princípio da integralidade⁴, justifica-se a realização deste estudo.

Nesse contexto, questiona-se: Quais as dimensões da integralidade presentes no cuidado em saúde no cotidiano da ESF em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil?

O estudo teve como objetivo compreender as dimensões da integralidade presentes no cuidado em saúde na concepção de profissionais das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha.

Métodos

O estudo é de abordagem qualitativa, delineado pelo método de Estudo de Casos Múltiplos Holísticos⁸, fundamentado no referencial teórico da Sociologia Compreensiva do Cotidiano⁹ originado de uma tese de doutorado¹⁰.

Fez-se a opção por lançar o olhar da sociologia compreensiva, que se ocupa em descrever “o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos”⁹ (p. 25). É necessário que haja um equilíbrio entre razão e sentimento para analisar um fenômeno. Portanto, a sociologia compreensiva é adequada para descrever os limites e a necessidade de situações e aspectos constitutivos da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações. Utilizou-se da análise de conteúdo¹¹ para reunir os fragmentos do cotidiano da práxis, das experiências de vida e concepções dos profissionais e gestores para identificar conteúdos significativos para o objeto em estudo. No imbricamento dos referenciais metodológico e teórico utilizados frente ao objeto em estudo – *a integralidade no trabalho cotidiano na ESF* –, o cotidiano se estrutura em toda a amplitude do campo da saúde, seja em seu viés repetitivo ou em seu viés de ruptura e transformação. Isso só se torna possível a partir do momento em que enxergamos o cotidiano muito além das denominações genéricas, que o aproximam da ideia construída pelo senso comum e o descrevem como repetição, rotina ou banalidade. Passamos a enxergá-lo em todas as suas formas de apresentações, resgatando aspectos como imaginário e subjetividade¹².

A proposta foi realizar estudo de caso individual em cada um dos três municípios situados no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil: Diamantina (46.212 habitantes), Gouveia (11.915 habitantes) e Datas (5.418 habitantes)¹³; constituindo-se um estudo de casos múltiplos. A pesquisa inclui: sete equipes da ESF localizadas em seis UBS, as equipes de apoio e os gestores municipais. Elegeram-se como unidade única de análise “a integralidade no trabalho cotidiano em saúde”, isto é, cada caso em particular consiste em um estudo “completo”, no qual se procuram evidências convergentes ou divergentes com respeito aos fatos que detêm significados para compreensão dessa unidade de análise nos três cenários. A fim de atender à metodologia proposta, foi efetuada uma quarta análise, apresentada neste artigo, configurando a análise dos casos múltiplos holísticos.

Fundamentando-se nas evidências resultantes de estudos de casos múltiplos, em que é possível usar a replicação literal, as “conclusões analíticas que independentemente surgiram dos três casos foram mais contundentes do que aquelas que surgem apenas de um caso”⁸ (p. 75); e se pode chegar, neste estudo, “a conclusões comuns a partir dos três casos, estendendo de forma incomensurável a capacidade externa de generalização das descobertas no estudo”⁸ (p. 75).

Os participantes voluntários desta pesquisa, no total de 48, foram: médicos (M), enfermeiros (E), técnicos de enfermagem (TE), agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião-dentista (CD), auxiliar de saúde bucal (ASB), fisioterapeuta (F) e os gestores de cada município (SMS – secretários de saúde

com acúmulo de função gerencial). Como critério de inclusão, estabeleceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano no cargo de trabalho.

A pesquisa de campo, durante um período de oito meses, teve por base um levantamento de dados primários por meio de observação direta e de entrevistas a partir das seguintes questões: 1 “Fale-me da sua prática cotidiana na Estratégia Saúde da Família”. 2 “O que você compreende por integralidade em saúde?” 3 “Como você percebe o desenvolvimento da integralidade nas ações da equipe de trabalho?” 4 “Você deseja acrescentar algo?” (Espaço aberto para o informante).

O registro da observação direta foi feito num diário de campo elaborado após cada período de observação, identificado como notas de observação (NO). Foi utilizado como entrada no campo de pesquisa e constitui um instrumento complementar na captação da realidade dos participantes da pesquisa e na corroboração dos dados das entrevistas, obtida pelo princípio da triangulação dos dados⁸.

A análise de dados foi feita com base no referencial de Bardin¹¹, utilizando-se a técnica do emprego da Análise de Conteúdo Temática, ou seja, uma análise dos “significados”.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, revisada pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da adoção de siglas que identificam cada profissão, enumeradas sequencialmente, de acordo com a equipe e o profissional entrevistado.

Resultados e discussão

A integralidade foi abordada pelos participantes da pesquisa em quatro dimensões que configuram a categoria temática “As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família”, discutida neste artigo (Quadro 1).

Quadro 1. Categoria temática e as dimensões da integralidade em saúde

Categoria temática: as dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família	
Dimensões da Integralidade (Temas)	Subtemas
1a- Ser integral	Considera a integralidade das pessoas, definindo o conceito de “um todo”; “a pessoa”; um “ser completo”; “o respeito à pessoa acima de qualquer coisa”.
2a- Atendimento integral às demandas em saúde	As pessoas devem ser atendidas em suas necessidades de saúde.
3a- Integração dos Serviços de Saúde	A integração e a organização dos serviços de saúde dependem de saberes de diferentes disciplinas, da regionalização das Unidades na formação de um sistema de saúde local.
4a- Intersetorialidade	As demandas podem ser de cunho intersetorial; a intersetorialidade como pilar fundamental da integralidade.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015.

A primeira dimensão da integralidade, caracterizada na expressão “olhar a pessoa”, concretiza a abordagem do usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, ou seja, em sua vivência no mundo:

“Integralidade em saúde é olhar a pessoa, o usuário no caso, paciente (entre aspas) como um todo: mente e corpo. Não é só olhar a questão da doença, do diabetes, da gripe. É olhar o paciente como um ser completo e que necessita de atenção, e que muitas vezes as doenças vêm de origem emocional”. (M₁)

“Eu procuro sempre valorizar o paciente como ser humano, como pessoa [...] de colocar-me no lugar dele, ver que ele, às vezes, chega com carência, a gente precisa tratá-lo com mais cuidado, com delicadeza. Temos que valorizar o paciente e saber tratá-lo e respeitá-lo, acima de qualquer coisa, considerar suas necessidades, carências e tudo”. (ACS₂₁)

Integralidade é tratar a pessoa como ser humano “com mais cuidado e com delicadeza”, valorizando e respeitando, acima de qualquer coisa, as suas necessidades, portanto, é cuidar do todo. Alguns estudiosos derivam cuidado do latim, usada num contexto de relações de amor e amizade. Outros derivam cuidado de *cogitare*, dando o sentido de pensar em, aplicar a atenção, aplicar o pensamento em alguma coisa.

Cura, como ser da presença, nas interpretações de Heidegger¹⁴ (p. 262), “visava a conquistar os aspectos *ontológicos* adequados para o ente que nós mesmos somos e que chamamos de *homem*”. Para isso, sua análise teve de seguir, desde o princípio, a direção do ponto de partida ontologicamente legado na definição tradicional do homem. Mas, no conceito ôntico, a *cura* pode ser compreendida, segundo Heidegger, como “cuidado” e “apreensão”. Para o autor, isso quer dizer que “do ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem são dotados de cura e guiados por uma *dedicação*”. Contudo, a condição existencial de possibilidade de cuidado como cura e dedicação deve “ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico”¹⁴ (p. 265). Quando fala de cuidado, Heidegger sinaliza que é o fundamento para qualquer interpretação do ser humano e é somente a partir do cuidado essencial que o querer e o desejar emergem como realizações do humano.

Cuidado, para Boff¹⁵ (p. 89), influenciado pela leitura de Heidegger em *Ser e Tempo*, apresenta-se no sentido de “não se tratar de pensar e falar *sobre* o cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado”. Para esse autor, isso significa que o “cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. Sem cuidado, deixamos de ser humanos”¹⁵ (p. 90).

No sentido dado por Boff¹⁵ (p. 91), “cuidado significa então desvelo, solicitude, deligência, zelo, atenção, bom trato”. Nesse sentido, a ACS₂₁, ao expressar sua noção de integralidade, menciona o respeito ao outro acima de qualquer coisa. Essa abertura para a compreensão do cuidado foi dada quando ACS₂₁ falou sobre a integralidade, que é, em sua concepção, tratar o outro com mais cuidado e com delicadeza. Essa criatura chamada Homem, em uma transposição para o usuário nesse contexto, ficará, na interpretação da fábula do Cuidado ou Cura¹⁴, sob os cuidados de *Cura*, ou seja, dos cuidadores. Assim, considera-se que não podemos impor conceitos para a formulação das ideias das pessoas. Elas exprimem suas ricas experiências, reiteradas em seu cotidiano (NO).

Qual a imbricação desses termos *cuidado/integralidade*? A integralidade é abordada por diversos autores como: princípio, diretriz política, objetivo, estratégia, ideal, devir, bandeira de luta ou como uma “ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado, em qualquer nível de Serviços de Saúde”¹⁶ (p. 257-8). Já pela perspectiva dos usuários, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo¹⁶.

Segundo Ayres¹⁷, são identificados quatro campos retóricos da integralidade: o eixo das necessidades, que diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas da atenção à saúde; o eixo das finalidades, que se refere a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos, e recuperação da saúde/reinserção social; o eixo das articulações de graus e modos de ações interdisciplinares e intersetoriais para respostas efetivas às demandas em saúde; e o eixo das interações subjetivas, implicando a qualidade das mesmas. Esses campos retóricos da integralidade são *corroborados nos resultados deste estudo*.

Ao narrarmos os sentidos e significados dessas palavras, podemos considerar que a “Integralidade do Cuidado” possui termos imbricados, que se completam e fazem sentido na abordagem dos participantes da pesquisa em sua duplicidade: aquele que cuida e aquele que recebe o cuidado. Portanto, não temos como falar de cuidado sem considerarmos a relação que se estabelece no ato de cuidar (NO), nem podemos cuidar de uma pessoa sem considerá-la integral em suas dimensões.

As noções de cuidado aqui adotadas estão fundadas nas proposições de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento (NO) ou do nível de atenção em saúde. O cuidado representa a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem no ato ou na atitude (NO). Essa apreensão de *cuidado* articula-se intimamente à noção de *integralidade*, pois impõe um olhar ampliado sobre o homem, sua saúde e seu cuidado.

Cuidar de alguém implica atuar cautelosamente, com delicadeza, como ACS₂₁ afirma, sempre que esse cuidado se fizer necessário. Portanto, da concepção ao morrer. Nessa amplitude do humano, SMS₁ acrescenta que se trata de um ser social, e só vendo-o nesse todo é que se pode oferecer-lhe uma saúde, integralidade *da* saúde:

“Integralidade pra mim seria atender a pessoa como um todo. Ver o ser humano como um todo. Igual, por exemplo, a pessoa chega aqui com um problema... com verminose, uma simples verminose. Então você vai lá. Ela tem problema social. Ela não tem casa, ela não tem um banheiro bem feito, ela tem esgoto a céu aberto. O pai não tem emprego, a mãe é uma alcoólatra. Então é um problema social! O que eles fazem hoje? Eles separam tudo. Você vai e pega aquela criança, pega aquela família, o SUS vai e dá remédio. Trata a verminose e daí a dois meses “tá” o problema aí de novo. Então, como que você vai trabalhar a integralidade no SUS, se você não trabalha a área social? Então eu entendo que a integralidade seria tratar o sujeito como um todo. É saber como estão as condições de vida dele, se ele tem emprego, se ele tem como sustentar a família, fazer um planejamento familiar com ele, dar educação para os filhos dele. Aí você poderia oferecer uma saúde. Para a pessoa não procurar a saúde somente quando está doente. É Posto de Saúde ou Posto da Doença?” (SMS₁)

Para a pessoa não procurar a saúde somente quando estiver doente, pois o SUS dá o remédio, mas o problema é social. O que significa dizer que não é possível pensar saúde e doença, por exemplo, em dissociação com nossas necessidades e limites existenciais. Infelizmente, as relações entre saúde e doença ainda permanecem atreladas a um imaginário positivista, que não consegue ultrapassar os limites de separação entre o físico, o emocional, o mental, o social e o espiritual do ser humano. Como trabalhar a integralidade no SUS se separamos tudo? Saúde não significa somente ausência de doença.

Nesse sentido, o cuidado integral ou holístico promove humanismo, saúde e qualidade de vida¹⁸. Na Constituição da República de 1988¹ e na Lei Orgânica de Saúde², a *saúde* é conceituada como resultado das condições de vida das pessoas. Não é adquirida apenas com assistência médica, mas, sobretudo, pelo acesso das pessoas a: emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer, e a um sistema de saúde digno e de qualidade. Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral, e a saúde como qualidade de vida. Nesse sentido, o cuidado se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade. Cuidar para se ter qualidade de vida é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação; e, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior, que é a integralidade em saúde.

Essa completude para se ter saúde está longe de ser o alcançado, ou pode não estar completa nunca, porque “inviabiliza sua realização como horizonte normativo, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente”¹⁹ (p. 19).

Conforme o depoimento de SMS₁, para se oferecer saúde, é preciso trabalhar a área social, já que as situações de vida e saúde divergem em cada caso e para cada ser, ao se considerar, além das condições de vida, a subjetividade. As demandas também podem ser de caráter mais abrangente, segundo os diversos níveis de assistência ou de cunho intersetorial, ultrapassando o poder resolutivo

do Setor Saúde, o que concretiza, nessa realidade, a quarta dimensão dada à integralidade, que é a intersetorialidade.

A intersetorialidade implica incluir ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos. Para isso, articulações e arranjos podem ocorrer por meio de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais para a produção da saúde e promoção da qualidade de vida das pessoas e do coletivo, tomando como objeto: os problemas, as necessidades, os determinantes e os condicionantes de saúde²⁰.

A reflexão de SMS₁ aborda o processo saúde-doença de determinação social e leva à apreciação “é posto da saúde ou posto da doença?” Então, nessas palavras, está o significado de que nos dirigimos à anulação da diversidade qualitativa da experiência humana, por meio de uma assistência focada na doença. Categorias como saúde e doença só fazem sentido sobre o plano da experiência que é vivenciada, sentida e não limitada à objetividade ou racionalidade científica. Assim, quando falamos de adoecimento, estamos nos referindo a uma experiência de sofrimento e de limitação sentida por um ser vivo concreto e situado social e existencialmente. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui “significado” à doença. Até porque quem adoece, adoece como um todo, ou seja, uma dor repercute no corpo, na alma, na vida. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde.

Assim, essa ética deve ser permeada por “uma poderosa sensibilidade estética, feita de vibrações e de emoções coletivas, ela repousa sobre uma concepção mais inteira do ser humano. Aquela onde o coração e a razão, o espírito e os sentidos se conjugam para elaborar uma construção sólida onde tudo, junto, faz corpo”²² (p. 205). Logo, saúde e doença são conceitos de valor e apontam para a necessidade de uma abordagem integrativa da equipe para dar respostas às questões relativas às necessidades das pessoas e do coletivo (NO).

O distanciamento do social indica uma via de desumanização das práticas de saúde. A população procura por práticas contra-hegemônicas que se voltem para o sujeito, sua realidade local e seu modo de se relacionar com o mundo e perceber a saúde-doença²². O papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado. Mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas, a partir de suas condições concretas de vida²³.

Por isso, o processo de trabalho dos profissionais da ESF deve ser fundamentado em atos que possam ser um veículo de empoderamento da população, segundo as necessidades em saúde do sujeito ou da família. “Traduzir as necessidades e demandas, ou seja, dar voz aos sujeitos pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos”²² (p. 285).

A organização das práticas de integralidade foi abordada pelos participantes da pesquisa na dimensão organizacional descrita como ainda muito falha:

“Eu acho que tem que ter uma integração de todos os setores em saúde. Mas isso é ainda muito falho, porque você procura trabalhar a forma que acha certa, que é humana, mas na maioria das vezes não temos apoio necessário. Vejo dificuldades de integração com as outras Unidades de Saúde. De pouco tempo pra cá tem mais integração com as outras equipes da ESF. Além das dificuldades na marcação das consultas [especializadas], porque as vagas são mínimas”. (ACS₂₂)

“É o indivíduo ter uma assistência completa nos níveis primário, secundário, terciário. Isso é ter integralidade. É a pessoa ter direito à assistência em todos os aspectos, em sua necessidade”. (E₂)

“Como a palavra diz, integrar todos os problemas, todas as especializações. Enfim, fazer uma medicina social, pra gente orientar não só na saúde, como na doença. Assim eu entendo a integralidade”. (M₃)

Nos depoimentos fica claro o entendimento do direito à atenção à saúde em todos os aspectos, estar em todos os níveis de assistência conforme a necessidade do usuário, contemplando, assim, a segunda dimensão da integralidade, que trata do atendimento integral.

Ao abordar as dificuldades na integração das Unidades de Saúde e as vagas limitadas para as consultas especializadas, a ACS₂₂ discute a terceira dimensão da integralidade, que se refere à integração dos Serviços de Saúde cuja organização depende de saberes de diferentes disciplinas e da regionalização na formação de um Sistema de Saúde local.

O procedimento normativo como forma de apropriação do modelo ideal de uma rede regionalizada e hierarquizada, “embora possa ser visto como uma prática educativa, é apenas o exercício do poder de vedar o acesso aos Serviços de Saúde demandados. Ou seja, esse modo de proceder, além de obstruir o acesso, negando de fato o direito, corrói a legitimidade do SUS”²⁴ (p. 373-4). O ponto crítico desse modelo ideal “é a hipótese de que traduza muito mais uma racionalidade médica, que busca ordenar em seu próprio modo os fluxos, do que as necessidades das pessoas. Ou que não leva em conta, de modo abrangente, as necessidades das pessoas, o que pode contradizer a ideia de integralidade”²⁴ (p. 373-4).

Nos relatos, foram reveladas as fronteiras ou os horizontes que os informantes retratam como noções de integralidade adquiridas cotidianamente no contexto da ESF no Vale do Jequitinhonha. Esses resultados indicam que a integralidade vem sendo incorporada à consciência crítica dos profissionais de saúde nos três cenários da pesquisa. No entanto, não basta que esses profissionais possuam um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário se a população não tem acesso a um Sistema com ações integrais. Muitas vezes, acontece apenas a resolução imediata do problema que levou o usuário à consulta, e não um atendimento composto por procedimentos preventivos e curativos que visem suprir as necessidades pertinentes à sua saúde (NO). É preciso fazer medicina social.

Foi compreensível que a prática da integralidade não se traduz apenas no desenvolvimento de procedimentos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações curativas, mas, também, as preventivas, que geralmente não são solicitadas diretamente pelas pessoas que procuram pelos Serviços de Saúde. Para o atendimento integral, precisa-se compreender o contexto de vida do indivíduo que busca cuidado, e adotar um olhar que identifique as necessidades preventivas e assistenciais do usuário no contexto familiar e comunitário (NO).

Porém, aparece a dificuldade de enquadrar em palavras a noção de integralidade, dar forma ao que diz conhecer e que na vivência se concretiza: “Eu acho importante que, por exemplo, nas visitas domiciliares, fiquemos atentos àquelas pequenas coisas dos pacientes, saber ouvi-lo” (ACS₃₂).

Nesse fragmento, percebemos que é expressa a noção de integralidade a partir da prática, o “como” no fazer cotidiano onde se manifestam pilares que sustentam o princípio: “saber ouvir, estar atento às pequenas coisas dos pacientes”.

O depoimento engloba o ato de ouvir o usuário de uma forma límpida, do jeito que ele quer ser ouvido, e o respeito por sua pessoa numa visão totalizante – social, biológica e psicológica. É uma abordagem aberta, natural, não diretiva, sem forçar a comunicação, sem planejamento prévio e sem perguntas invasoras, em que o foco é escutar e observar as pequenas coisas. “Compreender é o ser existencial do próprio poder-ser da presença de tal maneira que, em si mesmo, esse ser abre e mostra a quantas anda seu próprio ser. Trata-se de apreender ainda mais precisamente a estrutura desse existencial”¹⁴ (p. 200), pois entende-se que o ser-presença se manifesta nos relatos e a *quantas* ele encaminha seu próprio ser profissional (NO).

Segundo Maffesoli²¹ (p. 67), “ser atento aos mistérios do ser é reconhecer o que, nos fenômenos sociais, elabora-se aquém ou além da simples consciência racional”.

Nesse sentido, gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado em saúde requer “uma reflexão crítica acerca das fragmentações presentes nas práticas individuais dos profissionais e os modos de sua organização nos serviços de saúde”²⁵ (p. 24).

A integralidade, a universalidade e a equidade, em muitos relatos, se conformam como princípios em interseção, mas a integralidade para ACS₂₁ ainda não foi alcançada, pois ainda não alcançamos o “ser” tratado como “pessoa”: “Integralidade, eu acho que ainda não tem, eu acho que é a forma de tratar o paciente como pessoa mesmo. Mas a gente faz o possível. O que está a nosso alcance, a gente faz” (ACS₂₁).

Compreendendo, sobretudo, que o que significa integralidade, para ACS₂₁, é objeto ontologicamente distinto da prática que se submete à quantificação de procedimentos realizados.

Impõe-se, portanto, a valorização dessa percepção, entendendo-a, não como subjetividade descontextualizada, como o querem fazer crer perspectivas idealistas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com os profissionais e usuários, determinadas pelo distanciamento e por práticas fragmentadas em saúde, em que o foco é a doença. Ao expressar que integralidade é “a forma de tratar o paciente como pessoa”, a ACS aborda as interfaces entre os dois planos – o subjetivo e o objetivo –, a materialidade a que se relaciona o adoecimento no aspecto formal do atendimento ao físico, o que distancia o sujeito ao invés de incluí-lo, ao não considerar suas necessidades e demandas que podem ultrapassar a abordagem física/biológica. Essa interação profissional/usuário, “ser tratado como pessoa”, pode desempenhar papel decisivo no processo de produção do cuidado integral em saúde.

Contudo, mais do que definições formais, a integralidade requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro, que transcendem o campo de atuação profissional na ESF, e as políticas sociais estabelecidas com finalidade nas ações coletivas (NO), pois, conforme mensagens explícitas dos participantes do estudo, a integralidade vai muito além de seu radical integral.

Considerações finais

No Vale do Jequitinhonha, a integralidade em saúde foi apresentada sob significados que compõem suas dimensões: cuidar da pessoa conforme sua necessidade, em um atendimento integral e intersetorial; sua concretização depende da organização dos serviços e das práticas em saúde, da definição de políticas de saúde e sociais de forma integrada. Essas dimensões são essenciais para a materialização da saúde como direito e como bem diante das demandas, que devem ser ouvidas e atendidas na operacionalização dos Serviços de Saúde.

No âmbito da saúde coletiva, a integralidade compreende uma pluralidade de concepções, ações e atitudes que não se restringe apenas a um princípio do SUS, noção ou conceito coletivo. Mas amplia-se em um olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atenção que considere essas dimensões, idealizadas e vivenciadas cotidianamente no terreno prático da assistência à saúde.

A integralidade e o cuidado em saúde são tarefas intersetoriais e só podem ser pensadas quando o nível primário consegue se articular adequadamente, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído.

Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade, a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde.

Dessa forma, cabe-nos o exercício do aprendizado constante, de saber lidar com o embate cotidiano entre essas posições discursivas e ideológicas na compreensão da integralidade. Os resultados apontam que é preciso equipar o olhar para essa dimensão ampliada, extremamente fluida e móvel da integralidade, apreensível apenas em suas cristalizações, na forma de situações concretas, vividas e compartilhadas. São situações em que o cálculo racional entra nesse fazer cotidiano permanente, segundo a compreensão exposta pelos informantes, mas pode ser refeito ou se perde para uns, quando aceitamos a subjetividade como uma abertura para enxergar o outro. São situações, portanto, carregadas de um inapreensível que nos convoca permanentemente a olhar, das mais variadas formas e nos mais variados tempos, um mundo de *estar-junto* cheio de delicadezas: de sofrimentos, queixas, murmúrios, que se interpõem entre o eu e o outro, e que não obedecem a uma ordem na vida cotidiana.

Desse modo, “talvez seja preciso deixar que o eu e, naturalmente, o eu crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob os nossos olhos”²⁶ (p. 113). Portanto, vamos equipar nosso olhar, “ouvir o mato crescer”⁹ (p. 22), para de veras engendrar a integralidade, elemento central para a consolidação de um modelo de qualidade de vida para atender ao direito à saúde, que é de todos.

Colaboradores

Selma Maria da Fonseca Viegas trabalhou na concepção, na pesquisa, na análise, na interpretação dos dados, na redação final e na revisão crítica do manuscrito. Cláudia Maria de Mattos Penna trabalhou na revisão crítica e na aprovação da versão para submissão à publicação.

Referências

1. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
3. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Cienc Saude Colet [Internet]. 2008 [acesso 2013 Jun 9]; 13(1):195-206. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en
4. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011 [acesso 2012 Maio 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf
5. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude Soc [Internet]. 2009 [acesso 2012 Maio 20]; 18(2):11-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>
6. Colliere MF. Promover a vida. Abecassis MLB, tradutora. 4a ed. Lisboa: Lidel; 1999.
7. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto; 1998.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Grassi D, tradutor. 3a ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
9. Maffesoli M. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. Trinta AR, tradutor. São Paulo: Brasiliense; 1988.
10. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Maffesoli M. A contemplação do mundo. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 1995.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população para 1º de julho de 2008 [Internet]. [acesso 2009 Ago 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
14. Heidegger M. Ser e tempo. Cavalcante MS, tradutora. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
15. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 5a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
16. Pinheiro R. Integralidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 255-62.

17. Ayres JRCM. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc-UERJ; 2011. p. 27-44.
18. Acioli S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Roseni P, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004. p. 187-203.
19. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude Soc [Internet]. 2004[acesso 2012 Maio 20]; 13(3):16-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>
20. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [acesso 2014 Ago 22]; 63(5):762-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en
21. Maffesoli M. Le réenchantement du monde: une éthique pour notre temps. Paris: Éditions de La Table Ronde; 2007.
22. Lacerda A, Valla VV. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc-UERJ, Abrasco; 2005. p. 279-91.
23. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Cienc Saude Colet [Internet]. 2003 [acesso 2012 Mar 02]; 8(2):569-84. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso
24. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Roseni P, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc-UERJ, Abrasco; 2007. p. 369-83.
25. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes RS. Demanda em Saúde e direito à Saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Roseni P, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc-UERJ, Abrasco; 2005. p. 11-31.
26. Maffesoli M. Elogio da razão sensível. Stuckenbruck ACM, tradutor. Petrópolis: Vozes; 1998.

Viegas SMF, Penna CMM. Las dimensiones de la integralidad en el cuidado de la salud en el cotidiano de la Estrategia Salud de la Familia en la región del Vale do Jequitinhonha, estado de Minas Gerais, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(55):1089-100.

Se trata de un estudio de casos múltiples holístico, cualitativo, basado en la Sociología Comprensiva del Cotidiano, originado en una tesis de doctorado, con la inclusión voluntaria de 48 participantes. Su objetivo fue entender las dimensiones de la integralidad presentes en el cuidado de la salud en la concepción de profesionales de los equipos de Salud de la Familia y de gestores de municipios de la región de Vale do Jequitinhonha, Estado de Minas Gerais, Brasil. La integralidad se abordó en cuatro dimensiones: la del ser integral, la de la atención integral a las demandas de salud, la de la integración de los Servicios de Salud, la de la inter-sectorialidad. Los resultados indican que no basta que los profesionales tengan una mirada atenta y capaz de captar las necesidades del usuario. Es necesario que la población tenga acceso a un sistema con acciones integrales para la materialización de la salud como un derecho que es de todos.

Palabras clave: Asistencia integral a la Salud. Cuidado. Estrategia Salud de la Familia. Sistema Único de Salud.

Recebido em 01/09/14. Aprovado em 31/12/14.

A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão

Mayara Lima Barbosa^(a)
Suely Deysny de Matos Celino^(b)
Gabriela Maria Cavalcanti Costa^(c)

Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. The Family Health Strategy in the supplementary sector: adoption of the primary care model in a self-management company. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1101-8.

The aim here was to analyze how the Family Health Strategy was put into operation in a company within the supplementary healthcare system. This was a case study conducted in state clinical units of a health insurance operator, in the cities of João Pessoa, Recife and Natal, Northeast, Brazil. Semi-structured. Semi-structured interviews were conducted with managers and healthcare professionals. For data analysis, we used the content analysis technique. Twenty-four interviews were conducted, from which two categories emerged: the care organization, which addressed professional composition and skill types and participants' registration; and the care processes, consisting of the subcategories: linkage, healthcare coverage/completeness and health promotion programs. The company's initiative is a step forward for the practices developed in the sector and is also capable of improving users' health.

Keywords: Family Health. Supplementary healthcare. Primary healthcare.

Objetivou-se analisar a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa do sistema de saúde suplementar. Estudo de caso realizado em unidades clínicas estaduais da operadora de plano de saúde, nas cidades de João Pessoa, Recife e Natal, nordeste do Brasil. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com gerentes e profissionais da saúde. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Foram realizadas 24 entrevistas, das quais emergiram duas categorias. A organização assistencial, que aborda a composição/atribuições dos profissionais e o cadastramento dos participantes; e processos assistenciais, composta pelas subcategorias: vínculo, cobertura assistencial/integralidade e programas de promoção da saúde. A iniciativa da empresa constitui um avanço para as práticas desenvolvidas no setor e ainda é capaz de melhorar a saúde dos usuários.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Suplementar. Atenção Primária à Saúde.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba. Rua das Baraúnas, 351, bairro Universitário. Campina Grande, PB, Brasil. 58429-500. may.lb@hotmail.com

^(b) Departamento de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas. Campina Grande, PB, Brasil. deysny@hotmail.com

^(c) Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil. gabymcc@bol.com.br

Introdução

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade que regulamenta as operadoras e os planos de saúde privados no Brasil¹, ao longo de sua história, vem estabelecendo normativas que visam contribuir para a satisfação dos usuários e prestadores de serviços, bem como equilibrar financeiramente as empresas deste setor².

As mudanças propostas pela ANS e empreendidas na saúde suplementar advêm do despertar para a necessidade de mudança do enfoque exclusivamente assistencial das operadoras de planos de saúde, com ações e serviços pulverizados, para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde³.

Desse modo, nos últimos anos, a ANS vem estimulando a adoção de programas de promoção da saúde (PS) pelas operadoras, tendo em vista a iniciativa do setor público de saúde em realizar investimentos nas áreas de atenção primária. O Sistema Único de Saúde tem reorganizado sua rede assistencial baseada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), apontando para uma assistência universal, descentralizada e integral⁴.

Baseada nesse contexto, a ANS publicou em 2005, a Resolução nº 94, que dispõe sobre os critérios para o deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários⁵.

Seguindo esta perspectiva, com o objetivo de incorporar a atenção integral em sua assistência, a operadora selecionada para ser campo desta pesquisa optou por desenvolver, junto aos seus beneficiários, um sistema similar ao adotado na Estratégia de Saúde da Família/Ministério da Saúde (MS).

Ante a tais aspectos, objetivou-se descrever a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família em uma empresa de autogestão do sistema de saúde suplementar por meio da vivência dos profissionais envolvidos.

Metodologia

Optou-se pelo desenvolvimento de um estudo de caso. Esse tipo de metodologia caracteriza-se pelo desenvolvimento de pesquisa aprofundada sobre um fenômeno ou objeto, em que se almeja o conhecimento amplo e detalhado, dificilmente alcançado por outros delineamentos⁶. De abordagem qualitativa, a pesquisa foi realizada no período de novembro/2011 a março/2012, em unidades de ESF de uma operadora de plano de saúde do tipo autogestão, nas cidades de João Pessoa-PB, Recife-PE e Natal-RN.

A seleção dos sujeitos da pesquisa respeitou critérios gerais de inclusão⁶. Entre os gerentes de unidades, era necessário que trabalhassem em unidades da operadora, com a estratégia implantada há, pelo menos, seis meses. Entre os profissionais de saúde, estes deveriam compor as equipes de estratégia de saúde da família, minimamente pelo mesmo período.

Durante a fase da coleta de dados, utilizaram-se roteiros de entrevistas semiestruturadas sobre ESF⁷ adaptados para a realidade deste estudo. Para a etapa da análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo⁸. Após esta etapa, emergiram as seguintes categorias: organização assistencial e processos assistenciais (vínculo, cobertura assistencial/integralidade e programas de prevenção de doenças).

Os sujeitos receberam códigos para garantir o anonimato e autorizaram a inclusão/participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Resultados e discussão

Caracterização dos sujeitos

Os gerentes das unidades clínicas estaduais são do sexo masculino, com média de idade igual a 38,66 anos. Destes, dois cursaram Administração de Empresas e um, Ciências Contábeis; todos relataram possuir pós-graduação, nas seguintes áreas: Gestão de Planos de Saúde; Gestão de Sistema de Saúde e MBA Gestão Empresarial. O tempo médio de atuação na empresa foi de 14,66 anos, sendo os últimos sete anos dedicados, também, ao trabalho nas unidades estaduais de assistência à saúde para a reformulação do modelo assistencial.

No grupo dos profissionais de saúde, 21 sujeitos participaram da pesquisa. Destes, seis eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino, apresentando média de idade igual a 40,28 anos. Em relação à formação, três profissionais referiram possuir o curso médio, 18 declararam possuir cursos de graduação na área da saúde. Dentre estes, 17 relataram ter concluído a pós-graduação. O tempo médio de atuação na empresa correspondeu à média de 11,5 anos, sendo 4,9 anos destinados na ESF.

1ª categoria: organização assistencial

A organização da ESF para garantir a assistência integral aos usuários deve compreender, dentre vários aspectos, a presença de equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas com vistas à: promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação de uma população adscrita⁹.

Dessa forma, para garantia da integralidade, em cada unidade de saúde estadual da operadora em estudo, existem as equipes nucleares, compostas por médico e técnico de enfermagem, e, ainda, os Profissionais de Equipe Multidisciplinar (PEM) – psicólogo, nutricionista, assistente social e enfermeiro. A presença de todas essas categorias profissionais varia de acordo com o porte da unidade de saúde, mas há sempre a presença da equipe nuclear e enfermeiro¹⁰.

Todos esses profissionais devem identificar as circunstâncias geradoras de risco e/ou os demais problemas aos quais os usuários podem estar expostos; e realizar atendimentos e trabalhos de educação em saúde, individuais e coletivos, que sejam capazes de fomentar a melhoria da qualidade de vida entre os participantes da ESF no sistema complementar¹⁰.

A atenção da equipe nuclear nessas unidades deve estar direcionada para a assistência clínica, que se constitui em momentos estratégicos para o fornecimento de informações preciosas para a saúde dos usuários, sobretudo acerca de aspectos que minimizam as possibilidades de adoecimento da população e também contribuem para uma melhor qualidade de vida¹¹.

Em conjunto, as atividades de promoção da saúde devem ser realizadas, pois, embora a consulta tenha sua importância reconhecida, não se configura como única e principal atividade na consolidação de um modelo voltado para além da cura e/ou prevenção de doenças, mas para, essencialmente, a promoção da saúde¹².

Em se tratando dos PEM, estes oferecem suporte a todos os usuários da ESF, independente do grupo a que pertencem, e, também, coordenam a execução de programas de saúde específicos e pertencentes à estratégia¹⁰, sendo responsáveis, portanto, pela execução de atividades individuais e coletivas.

Essa prática assistencial denota a mudança do enfoque na assistência, em virtude do desenvolvimento não apenas das atividades individuais, característica do sistema complementar, mas, também, a inserção de ações coletivas. Estas, na ESF, propiciam o intercâmbio de experiências, a partir das relações transversais, e contribuem fortemente para o empoderamento da população de usuários, estimulando a autonomia¹³.

A articulação das atividades individuais e coletivas, a partir de equipes multidisciplinares, na assistência imprimida pela ESF no âmbito público, deve ser resolutiva, identificando precocemente as necessidades e demandas de saúde da população, e objetivando a ampliação da autonomia entre os usuários¹⁴. Nesse sentido, a ANS almeja esse cenário para o setor complementar ao propor a reformulação de sua assistência³.

Sobre a organização dos usuários na ESF, a operadora em estudo estabelece a quantidade máxima de mil e duzentos usuários sob a responsabilidade de uma equipe nuclear (um médico e um técnico de enfermagem), e o cadastramento dos participantes nas equipes foi alvo de respostas conflitantes entre os sujeitos da pesquisa. Alguns gerentes e profissionais afirmaram que o cadastro almeja a homogeneidade nos grupos de usuários das equipes de saúde.

“O cadastramento da população é feito de forma a balancear entre os profissionais uma população que seja homogênea, tenta diluir a complexidade entre todas as equipes”. *agu*

“A equipe quem tem mais doentes crônicos recebe mais saudáveis, quem tem menos pacientes idosos, vai receber mais idosos”. *ap3*

Para que os usuários de uma equipe de saúde sejam homogêneos entre si, como descrito nas entrevistas, os perfis epidemiológicos da população composta tornam-se bastante complexos, situação que pode dificultar o atendimento de todas as necessidades de saúde encontradas, ao passo que, a presença de usuários com características semelhantes pertencentes a uma equipe de saúde da família contribui para a primeira aproximação do conhecimento epidemiológico da população¹⁵.

Entre outros sujeitos da pesquisa, o cadastramento de usuários obedece à lógica geográfica. Essa forma de organização dos usuários pode ser utilizada quando há mais de uma unidade de saúde na cidade e, por conseguinte, há organização dos usuários de acordo com a facilidade de acesso geográfico.

“Em linhas gerais é localização geográfica”. *rgu*

“Não há critério para ele ser vinculado a determinada equipe, a não ser a localização geográfica”. *bp1*

O critério geográfico presente na ESF, desenvolvida no Sistema Único de Saúde, é criado com a perspectiva de criar laços de compromissos ainda mais coesos entre profissionais e usuários nesta nova perspectiva de praticar saúde¹⁴. A partir da territorialização, é possível conhecer mais profundamente o cotidiano dos usuários participantes das equipes, aumentando a compreensão do processo saúde-doença, resultando em intervenções mais eficazes¹⁶.

Alguns profissionais de saúde ainda afirmaram que os idosos têm preferência para o cadastramento nas equipes de saúde da família.

“Ele é considerado prioritário para o cadastro quando ele alcança 60 anos”. *bp4*

“A maioria dos cadastrados são pessoas idosas”. *bp3*

A prioridade para cadastramento de idosos na ESF possibilita o gerenciamento de doenças crônicas e condições de risco, e pode estar relacionada à necessidade de reduzir os custos com a assistência, visto que esse público apresenta maiores risco de adoecimento relacionado à própria idade e condição física fragilizada ao longo do tempo¹⁷.

Os documentos publicados pela operadora de plano de saúde em estudo não apontam para quaisquer critérios para o cadastramento dos usuários no âmbito da ESF, o que justifica a divergência de falas relacionadas a esse aspecto. Entretanto, a ANS reporta para a necessidade da criação de critérios para a identificação de usuários, para a participação em ações implementadas, a fim de reformular a assistência à saúde³.

2ª categoria: processos assistenciais

Considerando que a operadora baseou sua implementação da ESF na proposta do SUS, a estrutura assistencial dos serviços articula: o acesso facilitado, a integralidade, a coordenação da atenção, o primeiro contato e o vínculo, a fim de configurar seus processos assistenciais, respeitando as evidências científicas e mundiais já reconhecidas e consagradas, para o suprimento das necessidades de saúde dos seus usuários¹⁰.

Dessa forma, esta categoria é formada pelas seguintes subcategorias, que refletem os processos assistenciais da estratégia na empresa: vínculo, cobertura assistencial/integralidade, acesso e programas de prevenção de doenças.

Vínculo

O vínculo constitui uma característica primordial da ESF e consiste em desenvolver relações de confiança e afetividade entre o usuário e o profissional da saúde, sendo um potencial terapêutico, por permitir, ao longo do tempo, o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde¹⁴.

No caso da operadora em estudo, o estabelecimento do vínculo profissionais/usuários é possível por meio da organização da ESF, que prevê profissionais fixos para determinado grupo de usuários já estabelecidos, como destacado pelos entrevistados.

“A gente estabelece e tenta organizar o vínculo do participante com o serviço”. agu

“A gente tem um meio de cadastro e isso favorece o vínculo”. ap1

A formação de vínculos, evidenciada pelos trechos de entrevistas, é considerada positiva, ao passo que favorece a troca de experiência e o amadurecimento entre os indivíduos¹⁸. Em pesquisas similares, os usuários afirmaram que o vínculo é capaz de criar laços afetivos, favorece a solidariedade e o cuidado de si próprio¹⁷.

Ressalta-se, ainda, que o vínculo oferece o suporte necessário para a viabilidade desse tipo de assistência, a partir da existência de relações interpessoais entre profissionais e família^{3,10}. Dessa forma, constitui condição *sine qua non* para o êxito da atenção reformulada, em virtude da característica longitudinal do programa, em que a atenção deve ser de longo prazo, a partir da edificação de relações de confiança entre profissionais e usuário¹⁰.

Cobertura assistencial/integralidade

Entende-se por cobertura assistencial o rol de procedimentos a que os usuários de planos de saúde têm direito, de acordo com a legislação vigente e contrato firmado com a empresa prestadora do serviço¹⁰. É essencial que a cobertura assistencial possibilite a atenção integral do sujeito.

A ANS considera a integralidade da assistência como eixo fundamental para a implantação dos Programas de PS e prevenção de agravos, e, por conseguinte, na ESF desenvolvida no setor da saúde complementar³.

Conforme trechos dos discursos a seguir, as consultas individuais, exames, atividades coletivas e visitas domiciliares compõem o rol da cobertura assistencial oferecida para os usuários que participam da ESF, no plano de saúde cenário desta pesquisa.

“Telemonitoramento, aconselhamento, pré-consultas, consultas, as atividades coletivas falando de promoção de saúde e visita domiciliar”. xgu

“A consulta, o Grupo de Vida Saudável eu acho muito importante, essas reuniões”. xp6

Sobre a adoção da ESF proposta pela operadora de planos de saúde, é importante ressaltar que esta se baseia na proposta do setor público. Nesse intento, deve ser compreendida que a integralidade é um dos princípios que norteiam essa atenção nos dois âmbitos, conforme as publicações do Ministério da Saúde e da operadora de plano de saúde^{10,14}.

A integralidade da assistência deve envolver unir e articular as ações de prevenção de agravos, promoção, vigilância, tratamento e reabilitação da saúde, com a finalidade de ampliar a autonomia dos usuários e coletividades, por meio de equipe multiprofissional, que desenvolve o processo de trabalho centrado no usuário¹⁴.

Programas de prevenção de doenças

A ANS estimula a adoção de programas de prevenção de doenças e PS entre as operadoras de planos de saúde. A entidade regulamentadora propõe que os programas criados se constituam de estratégias que possibilitem orientar os indivíduos para o alcance do empoderamento, bem como haja incorporação de ações promotoras de saúde para cada ciclo vital ou condição de vida³. De acordo com os sujeitos da pesquisa, os programas desenvolvidos pela operadora são:

“Temos o Plena Idade, que é voltado para os idosos. Temos o Gerenciamento dos Crônicos, tem o Bem Viver que é relacionado à saúde mental ou acometidas de alguma deficiência motora ou psicossocial, temos o Programa de Atenção Domiciliar o PAD, ele dá o suporte ao cuidado em casa, tem o TABAS, que é o do tabagismo. Aí tem a PAF, Programa de Assistência Farmacêutica, ela reduz o custo do medicamento. Tem o Viva Coração. Para cada programa desse há um roteiro de conduta, uma rotina, em alguns tem protocolos a serem seguidos”. xgu.

“O Bem Viver que aceita os pacientes que tem dificuldade de locomoção. O programa Viva Coração, o TABAS dos fumantes, tem o de saúde mental”. xpb

Os programas referidos acima são pautados considerando a prevenção de doenças e agravos, pois se baseiam na epidemiologia e agravos específicos³. Dessa forma, são capazes de reduzir a vulnerabilidade dos sujeitos, trazendo para si os conceitos de vínculo e acolhimento, mas não operam na lógica da PS¹⁸.

A organização de programas desenvolvidos na ESF, conforme as entrevistas, utilizando ciclo de vida, doenças específicas ou por importância sanitária, surge na década de 1990, quando foram elaboradas várias propostas em consonância com o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, como tentativa de reorganização dos serviços ofertados para mudança do modelo assistencial no sistema público⁴.

As reformulações pautadas na mudança assistencial no setor de saúde suplementar, paulatinamente tornam-se meios que visam a melhor qualidade de vida dos usuários, por primarem pela atenção integral, que possibilita a autonomia dos sujeitos e consolida as políticas públicas e iniciativas que incentivam as melhores condições de vida da população¹⁷.

Considerações finais

A adoção da ESF no setor suplementar representa um avanço na tentativa de implantação de uma assistência voltada para a promoção da saúde, em detrimento da atenção médica tradicional prestada entre os planos privados de saúde. Apesar de baseada no modelo de saúde da família já empregado pelo sistema público, para que se mostrasse eficaz na operadora, foi essencial a adequação às necessidades provenientes dos usuários de planos privados de saúde.

A operadora estudada priorizou a integralidade das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde, direcionando suas práticas às parcelas de usuários consideradas de risco, ou seja, que apresentavam maior carência relacionada à atenção/acompanhamento da saúde. Nesse sentido, a criação de critérios para o cadastramento contribui para o processo organizativo de implantação e continuidade da ESF no setor suplementar, como o objetivo de reduzir os gastos assistenciais

relacionados aos agravos evitáveis à saúde, e ainda conduzir para a melhor qualidade de vida de grupos específicos.

Por outro lado, a falta de consenso ou padronização para o cadastramento também revela dificuldades na organização da ESF. A coesão entre os profissionais sobre as propostas e os fundamentos da ESF constitui um aspecto fundamental, visto que o processo de trabalho é o resultado das ações de cada profissional de saúde na assistência aos usuários.

É importante considerar que a ausência da observação das atividades desenvolvidas na ESF se constituiu como limitação deste estudo, embora não tenha comprometido a análise dos dados e a discussão da questão norteadora.

Este estudo pode contribuir para a adoção de estratégias semelhantes por outras operadoras, ao passo que aprofundam e demonstram os pontos positivos no desenvolvimento de uma assistência à saúde integral e capaz de fomentar a autonomia dos usuários.

Colaboradores

Mayara Lima Barbosa e Suely Deysny de Matos Celino trabalharam na concepção do projeto de pesquisa, na coleta de dados, na concepção do texto final e na revisão final. Gabriela Maria Cavalcanti Costa trabalhou na concepção do projeto de pesquisa, na concepção do texto final e na revisão final.

Referências

1. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2000 [acesso 2011 Jun 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.
2. Pietrobon L, Prado ML, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis* [Internet]. 2008 [acesso 2013 Feb 9]; 8(4):767-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400009&script=sci_arttext
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
4. Andrade LOM, Barreto ICHO, Cavalcanti CGCS. Modelos assistenciais em Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho M, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. 7a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2013. p. 473-9.
5. Gil AC. Amostragem na pesquisa social. In: Gil AC, organizador. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2010. p. 90-109.
6. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 5a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
7. Ribeiro CDM. *Promoção e prevenção na saúde suplementar [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2007 [acesso 2011 Jun 2]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/pesquisas/ppss/index.php>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial União*. 22 Out 2011.

10. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Equipes de Saúde da Família [Internet]. Bauru; 2013 [acesso 2013 Mar 13]. Disponível em: http://www.cassi.com.br/site/pagina_int.asp?codConteudo=81
11. Afonso RR, Lemos A. Adesão nos grupos educativos em contracepção em uma área programática do Rio de Janeiro. Rev Enferm Cent O Min [Internet]. 2011 [acesso 2014 Mar 12]; 1(2):238-47. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/64/115>
12. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Cienc Saude Colet [Internet]. 2004 [acesso 2014 Mar 12]; 9(3):669-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>
13. Barcellos C, Monken M. O território e o processo saúde-doença. In: Fonseca AF, Corbo ANDA, organizadores. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 225-65.
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2011.
15. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
16. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cobertura assistencial: contratos, tipos de plano, coberturas obrigatórias, planos novos e adaptados. 3a ed. Rio de Janeiro: ANS; 2005.
17. Freitas PSS, Schwartz TD, Ribeiro CDM, Franco TB, Maciel ELN, Lima RCD. A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. Physis [Internet]. 2011 [acesso 2013 Maio 12]; 21(2):449-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200007
18. Reis ML. Estratégia de Saúde da Família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2008.

Barbosa ML, Celino SDM, Costa GMC. La Estrategia de Salud de la Familia en el sector suplementario: la adopción del modelo de atención primaria en la empresa de auto-gestión. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1101-8.

El objetivo fue analizar la puesta en operación de la Estrategia de Salud de la Familia en una empresa del sistema de salud suplementaria. Un estudio de caso realizado en unidades clínicas estaduais de la operadora de seguro salud, en las ciudades de João Pessoa, Recife y Natal, nordeste de Brasil. Se realizaron entrevista semi-estructuradas con gerentes y profesionales de la salud. Para el análisis de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido. Se realizaron 24 entrevistas, de las cuales surgieron dos categorías. La organización asistencial que aborda la composición/atribuciones de los profesionales y el catastro de los participantes, y también procesos asistenciales, compuesta por las sub-categorías: vínculo, cobertura asistencial/integralidad y programa de promoción de la salud. La iniciativa de la empresa constituye un avance para las prácticas desarrolladas en el sector y también es capaz de mejorar la salud de los usuarios.

Palabras clave: Salud de la familia. Salud suplementaria. Atención Primaria de la Salud.

Recebido em 06/01/15. Aprovado em 17/01/15.

Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação

Rozânia Bicego Xavier^(a)
 Claudia Bonan^(b)
 Kátia Silveira da Silva^(c)
 Andreza Rodrigues Nakano^(d)

Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1109-20.

This paper aimed to analyze the healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy. The method used was to study oral reports, and the results from 35 interviews were grouped into four thematic categories: comprehension of health and illness; perceptions of risk; institutional interactions; affective and family interactions involved in seeking care. Multiple situations of vulnerability affect the care itinerary, including difficulties in accessing specialized services and relationships with healthcare professionals. Knowledge and healthcare practices shared within the community are important resources in constructing care, which can also be affected positively or negatively by the dynamics of interactions within the affective-family network and by the social support received.

Keywords: Healthcare service access. Comprehensive healthcare. Pregnancy. Hypertension.

O artigo teve como objetivo analisar itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. O método foi o estudo de relatos orais, cujos resultados de 35 entrevistas foram agrupados em quatro categorias temáticas: compreensões de saúde e doença; percepções do risco; interações institucionais; e interações afetivo-familiares envolvidas na busca de cuidados. Múltiplas situações de vulnerabilidade afetam o itinerário de cuidados, incluindo dificuldades de acesso a serviços especializados e a relação com os profissionais de saúde. Saberes e práticas de saúde compartilhados na comunidade são recursos importantes na construção do cuidado, que também pode ser afetado, positiva ou negativamente, pelas dinâmicas de interação na rede afetivo-familiar e com o apoio social recebido.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Assistência integral à saúde. Gravidez. Hipertensão.

^(a) Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Avenida Rui Barbosa, 716. Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. rozania@iff.fiocruz.br

^(b,c) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. cbonan@globom.com; katiass@iff.fiocruz.br

^(d) Discente, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. andrezaenfermeira@gmail.com

Introdução

As síndromes hipertensivas na gravidez constituem uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna grave no Brasil^{1,2}. A gestação pode ser complicada por hipertensão preexistente e/ou formas de hipertensão induzidas pela gestação, incluindo pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Em nosso país, dados oficiais mostram uma importante prevalência de hipertensão arterial em mulheres em idade reprodutiva, representando 9,7% das mulheres na faixa etária de 18-24 anos, 15,4% na faixa de 25-34 anos e 21% na faixa de 35-44 anos³. A hipertensão crônica e a história de síndromes hipertensivas em gestação anterior configuram risco reprodutivo e exigem atenção integral à saúde reprodutiva antes, durante e após a gestação.

O Ministério da Saúde, por intermédio de diretrizes e ações, tem investido na qualificação do manejo da gestação de alto risco e na instalação de uma rede de serviços específicos⁴. A eficácia dessa assistência mais especializada depende, obviamente, da implementação das propostas, objeto de frequentes discussões entre gestores e profissionais de saúde. No entanto, em muitas situações, como no caso das síndromes hipertensivas, se presta pouca atenção à saúde reprodutiva das mulheres nos períodos não gravídicos, embora o risco reprodutivo já possa estar instalado e persistir após a gravidez. Como se cuidam e são cuidadas essas mulheres antes do advento de uma gravidez? E depois de uma gravidez de risco, como são suas condições de saúde? Os agravos persistem? Ameaçam a saúde das mulheres e potencializam problemas em futuras gestações?

O presente artigo analisa itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. Relacionar itinerário de cuidados e gestantes com síndrome hipertensiva é relevante ao campo da saúde coletiva, visto que, compreender os percursos das ações e interações com distintos sistemas de cuidado, os contextos que os envolvem e os sentidos e significados de saúde e adoecimento dados pelas mulheres, possibilita profissionais e formuladores de políticas públicas melhorarem a atenção à saúde em consonância com: os princípios do direito à saúde, dos direitos reprodutivos, da integralidade da assistência e da promoção da saúde.

Neste estudo, utiliza-se o termo "itinerário de cuidados à saúde", inspirado nos fundamentos teóricos da categoria itinerário terapêutico⁵. Diferente de "terapia", a noção de "cuidado" permite uma apreensão mais abrangente de dimensões físicas, psíquicas, sociais e culturais envolvidas na experiência de saúde e adoecimento, e a discussão de práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde⁶. Ao se pensar a construção do cuidado ao longo do tempo, valorizam-se as condições de vida, as experiências e as interações do indivíduo com pessoas, grupos e instituições com os quais se relaciona. Quando se foca na esfera da saúde reprodutiva, evocam-se outras dimensões que não somente as enfermidades ginecológicas e/ou obstétricas, onde o núcleo articulador está no compromisso com a promoção e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Sujeitos e métodos

O estudo foi realizado com uma população de mulheres que tiveram partos, no ano de 2011, na maternidade de um hospital universitário no município do Rio de Janeiro, referência para gestação de alto risco. O método utilizado foi o de estudo de relatos orais⁷, focalizado nos itinerários percorridos em busca de cuidados à saúde. Os critérios de inclusão foram apresentar história de síndrome hipertensiva na última gravidez, independente da idade e do tipo de parto, e ter recebido alta hospitalar após o parto de seis meses a 18 meses antes da entrevista. Com esse recorte temporal, visou-se analisar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e minimizar o viés de memória.

A coleta de informações se deu por meio de entrevistas em profundidade, utilizando-se pauta temática, de forma a estimular as mulheres a discorrerem sobre sua história de cuidados à saúde. De uma lista de 189 mulheres elegíveis, em ordem sequencial em relação à data do parto, buscou-se contato telefônico para agendamento das entrevistas. Sessenta e três mulheres não puderam ser contactadas, e oito se recusaram a participar do estudo. Entre maio e setembro de 2012, 35 mulheres foram entrevistadas; o material foi registrado em áudio e, posteriormente, transcrito. Optou-se, então,

por encerrar a coleta de relatos, por considerar que os conteúdos narrativos eram recorrentes, tendo alcançado uma saturação progressiva.

Com múltiplas leituras, foi realizada uma análise compreensiva e comparativa⁷, identificando, dentro dos variados percursos, os conteúdos relevantes, que foram agrupados em quatro categorias temáticas: compreensões de saúde e doença, percepções do risco, interações institucionais e interações afetivo-familiares envolvidas na busca de cuidados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz. O anonimato das mulheres foi assegurado, identificando-as com nomes fictícios.

Resultados

Mais da metade das mulheres estava na faixa entre vinte a 35 anos, sendo que 13 tinham mais 35 anos e três eram adolescentes. A maioria residia no Rio de Janeiro, se declarou negra e vivia em união, e possuía, no máximo, oito anos de estudos completos. A metade não exercia atividade remunerada e quase a totalidade (32) percebia renda familiar menor ou igual a três salários-mínimos, incluindo sete que viviam com menos de um salário-mínimo.

A iniciação sexual ocorreu na fase da adolescência para 28 mulheres, em um terço dos casos, antes dos 15 anos. Muitas delas tinham história de três ou mais gravidezes (21) e possuíam dois ou mais filhos vivos (27). As histórias de engravidamento, em ampla maioria, foram de gravidezes não previstas, seja por terem sido não intencionais, por acontecerem em vigência de contracepção ou por se acreditarem inférteis ou na menopausa.

Muitas vezes, a gravidez não esperada suscitou a reflexão sobre sua continuidade. Em alguns relatos, as mulheres não se aceitaram grávidas, o que ocasionou iniciação tardia do pré-natal e/ou tentativa ou realização de abortamento. A história de abortamento foi um evento frequente (13), e algumas revelaram ter realizado este procedimento em condições inseguras.

As experiências de saúde e adoecimento

Muitas mulheres eram portadoras de doenças crônicas ou condições consideradas como de risco à saúde, como: hipertensão crônica, diabetes, reumatismo, lúpus, câncer de mama, sobrepeso, obesidade, tabagismo e abuso de álcool. O conhecimento dessas condições foi adquirido ao longo do tempo, na medida em que apareceram mal-estares ou sintomas que motivaram a procura de cuidados de saúde. Antes desses eventos, as vidas pouco se pautavam por práticas de prevenção ou promoção à saúde, exceto rotinas erráticas de realização de consulta ginecológica, ou do "preventivo".

"Só não me cuidava muito. Não tinha problema de pressão. Não tinha nada... quer dizer, porque eu não sabia né? Também não me cuidava, não ia a médico, cardiologista. Ia à ginecologista sempre, mas não me cuidava". (Berenice, 41 anos)

A própria saúde não é objeto central e apriorístico de investimentos, em um contexto onde outras necessidades e carências se impõem de forma mais premente, como aquelas relacionadas: às rotinas do trabalho doméstico e cuidados com os filhos e do trabalho fora de casa, às dificuldades com os serviços de saúde, às limitações econômicas, entre outras – dificuldades que são, muitas vezes, compartilhadas e restringem a possibilidade de auxílio das redes afetivo-familiares. A ausência de sintomas, muitas vezes, é suficiente para se pensar como saudável, se sentir bem e tocar a vida para frente.

"Cheguei a ir no posto de saúde, mas tinha que madrugar na fila para conseguir um número e, eu não tinha como, com o G. recém-nascido e com a F. com 2 anos e pouquinho, meu marido tendo que trabalhar. Minhas irmãs trabalham. Minha mãe trabalha. Não tinha como eu ir madrugar na fila do posto de saúde com uma cesariana e com duas crianças pequenas. Aí desisti". (Madelucia, 27 anos)

“Eu ficava falando, ‘eu tenho que fazer o preventivo’, mas em relação à pressão... às vezes para você ir num médico perde um tempo e trabalho. É uma situação difícil. Eu gostaria até de ter tempo para muita coisa, mas infelizmente não tenho. Só chego a ir mesmo quando eu já não estou aguentando mais”. (Aline, 34 anos)

O domínio de outros saberes sobre saúde e cuidados, aprendidos na família e da comunidade, e as dificuldades de acesso e resolubilidade dos problemas nos serviços de saúde motivam outras práticas de cuidado. Para o tratamento das moléstias, lança-se mão de recursos como a ingestão de sucos de fórmulas vegetais e chás de diversas naturezas: raiz de salsa, coentro, alpiste, folha da cana, colônia, chuchu etc. O chá de chuchu, especificamente, foi muito citado; é considerado efetivo no controle da pressão arterial, podendo ser usado alternada ou concomitantemente aos medicamentos anti-hipertensivos. Recursos espirituais também são mobilizados como forma de cuidado à saúde e controle das doenças: consultas com rezadeiras para “retirar as cargas negativas e renovar energias” (Bruna, 27 anos) e “fé” nos remédios caseiros.

“Eu tomava chá. Tudo que ensinava, eu fazia. Um monte de chá... Chá de coentro, chá de alpiste, chá de folha de cana, suco de chuchu. Para mim ficava normal a pressão. Não sei se era aquela fé que eu tinha mesmo naqueles remédios, mas para mim resolvia. Deixava de usar o remédio para usar o chá”. (Carmen, 32 anos)

A consciência e inconsciência do risco reprodutivo

O conhecimento dos riscos relacionados aos processos reprodutivos ocorreu em diferentes contextos. Para muitas, a notícia do risco reprodutivo foi dada pelos profissionais de saúde, na ocasião da gestação ou depois de uma perda gestacional. Outras, antes mesmo de um diagnóstico médico, presumiam situações de risco em caso de gravidez, por serem portadoras de condições como hipertensão crônica ou diabetes. Uma entrevistada contou que fora internada por hipertensão e, ao observar outras gestantes internadas em situações semelhantes, percebeu que também estava em risco. Em qualquer dessas situações, a consciência do risco para sua saúde ou do seu bebê foi motivo de medo e preocupação.

“Falaram que no H. [hospital-referência] só é gravidez de risco. No quarto que eu estava a menina falou que a gravidez dela era de risco. Eu falei: ‘Então a minha também é’, mas nenhum médico falou que a gravidez era de risco... Eu fiquei preocupada né? Eu tive pré-eclâmpsia”. (Graça, 17 anos)

“O médico no dia... quando eu passei mal, ela conversou. Foi horrível, porque passava tudo na minha cabeça, que eu podia morrer. Passava que a minha filha... Foi muito ruim... Eu ficava muito preocupada pela minha filha [...] Minha preocupação era muito na hora do parto. Até pelo fato do risco da eclâmpsia e tudo mais. Eu ficava com muito medo”. (Celia, 24 anos)

Antes e depois dos períodos de gravidez, mesmo para aquelas com condições crônicas, a ideia de “risco reprodutivo” esmaece, submerge numa espécie de inconsciência, e os cuidados com a sua saúde não são pautados na perspectiva de controle de riscos à saúde reprodutiva – nem pelas mulheres, nem pelos profissionais que as assistem. Especificamente no período puerperal, muitas mulheres não se percebem em situação de risco e não são orientadas sobre a importância do acompanhamento clínico, estando o foco dos cuidados voltados para o recém-nascido; cuidar da própria saúde é deixado voluntariamente em segundo plano.

As práticas de planejamento reprodutivo também são um bom exemplo da pouca atenção aos riscos reprodutivos fora das gestações. Profissionais que prestam essa assistência, muitas vezes, são pouco atentos às condições e antecedentes clínicos das mulheres, por exemplo, prescrevendo métodos não adequados, como contraceptivos hormonais na vigência de hipertensão arterial e diabetes. Mesmo

com a história de gestação de risco, seja por dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde ou de ter suas necessidades ali resolvidas (inclusive, realizar uma desejada laqueadura tubária ou vasectomia), seja pelo hábito da automedicação, não raro as mulheres compram, diretamente nas farmácias, pílulas ou injeções que, tomadas sem um acompanhamento profissional e, às vezes, de modo inadequado, potencializam os perigos já existentes à saúde.

“Ele [o ginecologista] passou anticoncepcional para regular a menstruação para pressão e metiformina para diabete. Aí eu engravidei e perdi. A médica falou que tinha sido por causa da metiformina que estava muito forte. Era 850. E o captopril. A mulher grávida, ela não pode tomar esses remédios”. (Cassia, 37 anos)

“Fui no posto de saúde. Lá foi a minha primeira consulta e eles falaram que eu tinha pressão alta. Me encaminharam para o H. [hospital-referência]. Aí que eu fumava mesmo e fumo. E até hoje eu tenho pressão alta. Eu tomo medicamento... Eu tomo pílula... Usava pílula. Não ia ao médico. Tomava pílula por conta própria”. (Monica, 39 anos)

Cuidados e manejo da gestação de risco nos serviços de saúde

A ideia de que a gravidez exige acompanhamento médico e cuidados de saúde é generalizada. De praxe, a unidade básica de saúde foi o primeiro serviço procurado e, uma vez diagnosticado o risco, elas foram encaminhadas a serviço especializado. Algumas, já cientes das suas condições de saúde, dirigiram-se diretamente a unidades de referência.

“Eu pedi para minha agente de saúde para marcar um exame para mim lá na clínica da família. Eu fiz o teste de gravidez e deu positivo, sendo que a minha pressão estava alta. Elas falaram que eu não podia estar fazendo o pré-natal lá. Aí eu peguei o encaminhamento para eu vir para cá [hospital-referência]”. (Maria, 38 anos)

O atraso no diagnóstico da gravidez, a dificuldade de aceitá-la, a falta de apoio familiar ou problemas no trabalho foram motivos para um início tardio do pré-natal.

“Ele [companheiro] falou que iria ficar do meu lado, mas me abandonou por várias vezes. Sumia, entendeu? [...] Foi uma gravidez sem apoio. Eu não tive motivação de pré-natal, de nada”. (Aline, 34 anos)

Nem sempre o percurso entre o pré-natal na atenção básica e o hospital-referência foi direto. Algumas mulheres haviam sido encaminhadas pelos profissionais da atenção básica para serviços que não atendiam gestações de risco materno e, em alguns relatos, houve uma verdadeira peregrinação em busca de assistência adequada. Outras, antes de chegarem ao hospital-referência, tendo recebido o diagnóstico de risco gestacional na atenção básica, procuraram por conta própria médicos particulares.

“Primeiro eu tentei fazer na Rocinha, onde eu moro, mas eles não tinham tratamento para diabetes e hipertensão. Um [profissional de saúde] botou para fazer ali no Minhocão [centro municipal de saúde]. Minhocão também não tem. Aí me mandaram para o Hospital Y. Aí me mandaram lá para o centro da cidade, eu não fui. Fui no médico particular e pedi um encaminhamento para o H. [hospital-referência]. Aí, me deu. Aí, fiz todo o tratamento”. (Cassia, 37 anos)

De maneiras variadas, dificuldades de acesso a serviços eficientes e resolutivos influenciaram os itinerários. Apesar das dificuldades econômicas, muitas mulheres tinham acesso a serviços privados para prover-se de cuidados. A distância entre o hospital e a residência e a deficiência dos transportes públicos também foram situações que dificultaram o acesso ao cuidado especializado.

“Sempre que eu preciso de médico para fazer exame, procurar algum tipo de médico, eu sempre paguei consulta. Tem umas clínicas que são bem mais baratas. Esse negócio de hospital público é muito difícil. A gente nunca consegue”. (Simone, 42 anos)

“Demorava muito. Era cansativo, porque eu pegava 4 ônibus. Chegava cansada, mas eu gostei”. (Juçara, 33 anos)

Algumas vezes, o diagnóstico do risco e o encaminhamento para o hospital-referência não foram realizados pelos profissionais de saúde que acompanhavam o pré-natal na unidade básica. Uma gestante que apresentou aumento de pressão durante o pré-natal, em uso de medicamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico do posto de saúde e relatos de atendimentos em serviços de emergências, foi para a unidade de referência somente no momento de parir. Em outra história, uma mulher contou que fez todo o seu pré-natal no posto de saúde, apesar de apresentar pressão alta e inchaço. O seu bebê nasceu morto e ela atribuiu esse resultado à má condução do tratamento da hipertensão na unidade básica.

“A segunda que eu perdi eu tinha pressão alta, mas não sentia nada. Eu fazia no posto. Pré-natal de posto, realmente não dá muito certo. Eu só vivia muito inchada, né? O sinal da pressão alta é inchar rosto, mão. [...]. Viam minha pressão alta, me davam um remédio, mas lá nunca fez assim um controle. De repente se eles já tivessem visto que a minha pressão andava alterada, o neném não teria nem morrido”. (Alice, 35 anos)

Em algumas histórias, o percurso em busca de cuidados foi marcado por episódios de embates com os profissionais de saúde, pelos quais as mulheres sentiram-se julgadas, maltratadas e discriminadas pelas suas condições de saúde e desejo reprodutivo. As mulheres com histórico de hipertensão e diabetes se defrontam com discursos que impõem limites à sua reprodução, o que inibe a chance de diálogo em torno do manejo adequado dos riscos que essas condições oferecem à gestação.

“Porque você é hipertensa e diabética... Se você engravidar é complicado. Falou [médico], ‘o melhor que você faz é tomar o remédio para o resto da vida para não engravidar’. Quer dizer que a mulher diabética... Eu falei isso ‘A mulher diabética e hipertensa não tem direito de ser mãe! Só as boas. Vocês médicos estão aqui para quê? Para cuidar dos bons?’ Eu falei bem assim! Ele [médico] foi ignorante comigo e eu fui com ele também, porque tratei como ele estava me tratando. Eu falei para ele: ‘Eu vou fazer o tratamento, e vou fazer o que eu puder quando eu quiser engravidar, para ter meu filho. Seja lá o que for.’ Aí ele, ‘então tá, mas aqui a gente não tem tratamento para você.’ [...] ‘Então o senhor não se preocupe que aqui eu não venho. Eu vou para qualquer outro hospital, menos aqui’”. (Cassia, 37 anos)

A qualidade das relações estabelecidas com os profissionais de saúde e o desenvolvimento de vínculos com a unidade também influenciaram os itinerários de cuidados. No hospital-referência, o atendimento por profissionais diferentes durante o pré-natal foi criticado por mulheres que se queixaram da falta de vínculo e de relações de confiança, o que motivou a busca simultânea por outros cuidados.

“Eu gostava de ir mais na emergência, do que no pré-natal. Eu me aborrecia demais. Porque cada dia é um médico que te atende e você tem que contar tudo de novo. Quando você tem que ficar repetindo demais para um médico, você acaba deixando detalhes. Você acha que ele não está prestando atenção nos detalhes. Eu preferia ir na emergência, porque era um atendimento que não precisava ficar me desgastando demais e lá eu achava que faziam exame mais completo do que aqui”. (Rosângela, 41 anos)

Por sua vez, a possibilidade de acesso a tecnologias médicas, sobretudo diagnósticas, foi bastante valorizada e contribuiu para uma avaliação positiva e adesão ao pré-natal no hospital-referência.

“O pré-natal lá [hospital-referência] foi ótimo: Eles pedem bastante exame, porque sendo uma gravidez de alto risco eles pedem muitos exames, entendeu? Eu achei ótimo. Não tenho o que reclamar de nada. Até quando eu ganhei ele lá, também eu achei bom o hospital, os médicos”. (Beatriz, 27 anos)

Nos itinerários de cuidados também entram em jogo prescrições biomédicas, incluindo mudanças de hábitos, em especial, aqueles relacionados à alimentação, consumo de álcool e fumo. Em geral, há uma atitude positiva diante dessas prescrições, mas também, não raro, aparecem dificuldades, resistências e conflitos com essas orientações, que, muitas vezes, atribuem às mulheres, individualmente, a responsabilidade sobre a situação.

“Ah doutora! Não deixa eu perder ela não’. Aí ela: ‘É mãe! Mas você tinha que ter... comido menos besteiras, menos sal. Agora você vai correr o risco, porque você que provocou isso’. No pré-natal, ela [médica] explicou que não tinha que comer muito sal, mas é que eu não aguentava comer comida sem sal. Aí eu botava sal na comida. Então quando eu descobri que estava com pressão alta, eu tinha que correr esse risco”. (Gisele, 18 anos)

“Passaram uma alimentação balanceada. Eu não podia fazer isso, fazer aquilo... E eu bebia mesmo, aliás, eu ainda bebo. Na gravidez dele todinha eu bebia”. (Ivanilda, 29 anos)

Cuidados e manejo da gestação de risco nos circuitos afetivo-familiares

Os percursos de construção de cuidados com a saúde foram influenciados, significativamente, pelas dinâmicas de interação estabelecidas nas relações afetivo-familiares. A qualidade das relações com os companheiros raramente foi indiferente: em algumas histórias, eles são apresentados como um elemento positivo para o cuidado à saúde, motivando a frequência no pré-natal, apoiando, em caso de internação, participando das consultas médicas; em outros relatos, eles são agentes de produção de estresse, desamparo e violência, potencializando as condições de risco.

“A enfermeira falou, ‘você vai ter que ficar internada’. Aí eu falei, ‘eu não quero. Vou embora para casa’. Nisso fui embora para casa chorando. Eu não queria ficar. Eu liguei para o meu esposo e ele falou: ‘Não. Você vai ficar [...]’ Quando ele chegou em casa, arrumei as coisas e ele me trouxe com a minha mãe. Aí eu fiquei”. (Maria, 38 anos)

“É tão diferente de quando a gente namorava. Depois que casa as coisas se transformam. Isso entristece. Muitas vezes eu falava com meu filho: ‘A gente vê o seu pai. Não repita as mesmas coisas que ele faz. Ele me trata...’ [pausa devido ao choro], com palavras duras. Às vezes a gente tá bem, a gente tá feliz, de repente, não sei o que dá que ele olha para mim assim e começa a xingar. Fala que eu sou piranha, que eu sou vagabunda, que eu não presto. [...] E a minha gravidez foi muito sofrimento nisso também. [...] Teve um dia que ele me agrediu feio. [...] Eu não vim em nenhuma consulta depois que eu saí daqui [hospital-referência]. Tinha marcado, mas eu não vim. Fui pra casa e o transtorno voltou todinho. Não tinha quem saísse comigo. Cheia de ponto. Não tinha ninguém pra ficar com o bebê”. (Augusta, 45 anos)

Outras relações constituintes da rede de apoio afetivo-familiar também impactam no processo de construção dos cuidados. Mães e irmãs foram, com frequência, figuras relevantes, mas também apareceram outros parentes e pessoas da vizinhança e da comunidade. Há de se destacar que, com

exceção do companheiro, a rede de apoio era predominantemente feminina. Contava-se com essa rede em múltiplos momentos: acompanhamento nas consultas, verificação de pressão, realização de curativo, aplicação de “injeção”, ajuda nas tarefas domésticas e cuidados dos filhos, troca de saberes médicos e populares relacionados à saúde, prescrição informal de medicamentos farmacêuticos e de produtos da farmacopeia popular. Por vezes, as redes de apoio incluíam, também, pessoas com formação de nível Médio da área da saúde, como técnicos de enfermagem, o que dava uma qualidade técnico-afetiva a essas relações.

“Minha irmã fez curso de enfermagem, sabia tirar pressão. Ela chegou até verificar um pouco depois que eu ganhei a F, mas tava sempre boa. Eu tenho para mim que depois da gravidez da F. voltou ao normal”. (Madelucia, 27 anos)

Se os familiares próximos podem ser facilitadores do cuidado, a presença de filhos pequenos foi apontada por algumas como um dificultador. Mulheres com filhos pequenos reagiram com “desespero”, e por vezes, tenderam a recusar internação ou antecipar a sua alta, à revelia do profissional de saúde, por se entenderem como as principais ou únicas cuidadoras das crianças.

“O médico falou: ‘Você vai ter que ficar internada hoje para induzir o parto, porque a sua pressão está muito alta.’ Eu falei: ‘Tá bom!’. Aí eu entrei em desespero, porque eu tenho mais dois em casa. Preocupação com os outros dois, né?”. (Andreza, 31 anos)

“Eles queriam me prender lá [hospital-referência] até o dia que a minha pressão abaixasse. Ela não ia abaixar enquanto eu ficasse lá, porque eu tenho mais 4 filhos em casa me esperando. Como é que eu ia ficar lá? Minha avó já está em uma idade que não dá mais para cuidar deles”. (Ivanilda, 29 anos)

Discussão

Múltiplas situações de vulnerabilidade em saúde – individuais, sociais e programáticas⁸ – apresentam-se nesses relatos. Elas se sobrepõem e potencializam e, em conjunção com a hipertensão, aumentam as chances de desfechos negativos para mulheres e bebês^{1,9}. A maioria das mulheres apresenta características sociodemográficas, como baixa renda, baixa escolaridade e cor negra, que têm sido associadas a desigualdades sociais e piores indicadores de saúde¹⁰.

Nas trajetórias reprodutivas, figuram algumas situações de abortamento, inclusive, inseguros. O aborto ocupa a quarta posição de mortalidade materna no Brasil, e complicações pós-abortamento resultam em grande número de internações no Sistema Único de Saúde¹⁰. Se a hospitalização por complicações de abortamento inseguro está relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis¹¹, mulheres com o perfil do grupo estudado, na ausência de cuidados integrais e efetivos à saúde, são candidatas potenciais a comporem o perfil das estatísticas de óbito materno.

Não foram observadas diferenças específicas, quando se comparam os itinerários de cuidados, durante a gravidez, das mulheres com história de hipertensão arterial crônica, ou em gravidez anterior, com os itinerários daquelas cujo primeiro episódio hipertensivo ocorreu na última gravidez. A convivência com condições ou agravos crônicos – hipertensão arterial sistêmica e/ou outras morbidades – nem sempre tem como consequência a busca regular de serviços profissionais, embora, em um plano retórico, esses cuidados sejam valorizados. A consciência de ser portadora de condições de risco para a vida reprodutiva não afeta substancialmente o itinerário de cuidados, exceto no período da gestação. Quando grávidas, todas procuram os serviços de saúde e têm, como foco central, o desenvolvimento e a saúde do bebê, atuando, desde esse período, como a mãe cuidadora. Fora da gravidez, abstrai-se a ideia de risco em uma futura gestação e os cuidados – seja na perspectiva da mulher ou do profissional de saúde – não são pautados por isso. Estudo com outra população de gestantes com síndromes hipertensivas também observou que o acompanhamento

clínico da hipertensão arterial e a atenção ao planejamento reprodutivo, no período pós-parto, foram negligenciados⁹.

Para uma compreensão dessa equação cuidado (na gravidez)/não cuidado (fora dela), é relevante considerar como dinâmicas de gênero operam nas práticas de autocuidado. O autocuidado pode soar, para as mulheres e para pessoas do seu entorno, como algo egoísta, em disputa com a disposição de cuidar dos filhos e da família¹². Além disso, do discurso médico sobre o risco epidemiológico (calculado estatisticamente) à compreensão leiga sobre os perigos que cercam a saúde pode haver discrepâncias e conflitos: no mundo da vida, a ideia de normalidade-anormalidade é mais contextual, perigos e riscos são avaliados com critérios mais ligados às expectativas, intenções e valores situados dos sujeitos¹³.

Nos períodos de gravidez e mediante a notícia/ciência do risco reprodutivo representado pela síndrome hipertensiva, cuidados no sistema formal de saúde são concretamente valorizados e procurados – a “pressão alta” figura no imaginário comum como uma condição cujo manejo exige saberes e recursos da biomedicina^{14,15}. A assistência na maternidade especializada – com seus recursos tecnológicos e procedimentos mais sofisticados – goza de prestígio; aqui, também, se partilha o senso comum de que o hospital é lugar onde se dispõe de ‘bom atendimento’¹⁴.

Embora, no Brasil, o problema de acesso ao pré-natal na atenção básica esteja em via de superação¹⁰, este estudo reitera os persistentes problemas de qualidade da atenção pré-natal^{16,17} e revela dificuldades de ingressar nos serviços especializados, identificados pela inadequação do manejo do risco reprodutivo e pelas dificuldades no relacionamento com os profissionais de saúde. Soma-se, ainda, a ausência de uma rede assistencial organizada que promova a continuidade dos cuidados, por exemplo, por meio dos sistemas de referência e contrarreferência. Estudos sobre cuidados de saúde prestados a gestantes hipertensas relacionam a inadequação do acompanhamento pré-natal, sobretudo, a falhas dos profissionais, no plano técnico ou das relações humanas^{9,16}. Práticas discriminatórias e autoritárias – com vieses de classe e gênero – frente às condições clínicas e as intenções reprodutivas das mulheres deste estudo, também foram relatadas em estudo sobre violência institucional em maternidades públicas¹⁸. O desrespeito com os direitos sexuais e reprodutivos, e a imposição de normas e valores morais por parte dos profissionais são aspectos da violência institucional contra as mulheres¹⁹. Todos esses aspectos comprometem a integração, a continuidade e a coordenação dos cuidados²⁰ e a perspectiva de uma abordagem integral às necessidades dos sujeitos da saúde²¹.

Quando as mulheres precisam trabalhar e cuidar dos filhos e possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde ou limitação econômica para atender suas necessidades, a busca por serviços de saúde se realiza, predominantemente, em âmbito curativo, para tratamento dos sinais e sintomas – as rotinas de promoção e prevenção preconizadas pelo discurso da saúde pública encontram poucos espaços no cotidiano (exceto aquelas voltadas para suas crianças). Canesqui¹⁴ verificou ser comum o indivíduo de classe trabalhadora ignorar o diagnóstico de hipertensão quando não apresenta sensações corporais, inclusive, desconfiar do diagnóstico, havendo a interpretação do próprio adoecimento correlacionado às circunstâncias de vida (conflitos e dificuldades familiares e no trabalho), como observado neste estudo.

Os itinerários de cuidados das mulheres não se limitam aos sistemas profissionais. Os cuidados com a própria saúde são também manejados por outros saberes (não biomédicos) compartilhados com a comunidade e com auxílio de outros recursos aos quais se tem acesso no próprio ambiente comunitário (chás, sucos, infusões, rezas)²². Essas ‘práticas em situação’²³ – ou seja, em seus contextos sociais e culturais – se sustentam na confiança nesses saberes e na evidência empírica da efetividade desses recursos. Aqui, as lógicas que regem os itinerários de cuidado não se compartimentam em cura-prevenção-promoção, mas apontam para um entendimento mais abrangente do processo saúde-doença e um sentido mais holístico de equilíbrio e bem-estar. Em seu estudo, Acioli²³ também percebeu sentidos de cuidados nas práticas populares voltadas para a saúde e doença diferentes daqueles que operam na lógica do sistema formal de saúde. Para essa autora, na perspectiva da integralidade, a construção de redes de cuidado envolve “uma articulação vigorosa e produtiva entre os lugares cotidianos e as práticas desenvolvidas nesses lugares, sejam estas relacionadas aos grupos e movimento sociais, aos profissionais de saúde ou aos gestores locais de saúde”²³ (p. 201).

A vivência do processo de saúde e doença e os itinerários em busca de cuidados também são afetados de modo importante pelas interações que se estabelecem nas redes afetivo-familiares^{14,15,24}. Em muitas histórias deste estudo, companheiros, familiares, amigos e/ou vizinhos – sobretudo, outras mulheres – aparecem como vínculos apoiadores, como um 'recurso de cura'¹⁴. Os efeitos emocionais, materiais, comportamentais e interacionais positivos do apoio social nos processos saúde-adoecimento têm sido discutidos na literatura²⁵. Entretanto, violência doméstica, outras situações de estresse na família ou na comunidade, e ausência de pessoas com quem compartilhar obrigações domésticas podem afetar negativamente os cuidados, conforme se viu neste estudo. Mulheres com crianças pequenas têm medo de ficar doente, negam ou protelam suas necessidades de saúde²⁶.

Considerações finais

O estudo dos itinerários de cuidados das mulheres com história de síndrome hipertensiva na gravidez revela como situações de vulnerabilidade são determinantes das dinâmicas saúde-doença, com efeitos nefastos que se acumulam ao longo do tempo, turbinando o que Judith Butler²⁷ chamou de "distribuição diferencial da precariedade" (p. 69), que se liga a uma distribuição desigual da saúde, da educação, da renda, do trabalho, da justiça – inclusive de gênero – e outros bens sociais. Acesso e qualidade da assistência, dinâmicas de interação com profissionais de saúde, alcance do apoio na rede afetivo-familiar e condições de prover a si mesma de cuidados são influenciados por essas desigualdades.

Os percursos das mulheres em busca de cuidados revelam quão ainda se está distante da concretização da perspectiva de integralidade. Fragmentação e reducionismo²¹, na abordagem à saúde, são características persistentes: cura, prevenção e promoção; cuidados básicos e cuidados especializados; cuidados durante a gestação e cuidados fora dos períodos gravídicos; questões médicas e contextos socioculturais; responsabilidade individual e gestão coletiva dos cuidados; e sistemas de saúde profissionais e outros sistemas de cuidados aparecem como coisas divorciadas.

Compreender melhor, por meio de novas pesquisas, os contextos do processo de saúde e adoecimento e a construção das relações de cuidados no tempo e no espaço pode permitir o desenvolvimento de linhas de cuidados, com abordagens mais integralizadoras e humanizadas, que fortaleçam os sujeitos frente ao processo de cuidado e garantam o direito à saúde.

Colaboradores

Rozânia Bicego Xavier, Claudia Bonan, Kátia Silveira da Silva e Andreza Rodrigues Nakano trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Lotufo FA, Parpinelli Ma, Haddad SM, Surita FG, Cecatti JG. Applying the new concept of maternal near-miss in an intensive care unit. *Clinics*. 2012; 67(3):225-30.
2. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, Sousa MH, Amaral E. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. *Reprod Health Matters*. 2007; 15(30):125-33.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas [Internet]. Brasília (DF): 2013 [acesso 2013 Jun 6]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): MS; 2012.
5. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avalia o de tratamento para problemas de saúde: considera es sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.
6. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(3):16-29.
7. Bertaux D. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Natal: EDUFRN; 2010.
8. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e preven o em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS; 1999. p. 49-72.
9. Xavier RB, Bonan CJ, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Braz J Nurs*. 2013; 12(4):823-33.
10. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011; 32-46. (Séries sobre saúde no Brasil; n  2).
11. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Francisco RPV, Zugaib M. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioecon micos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(1):27-32.
12. Lopes AAF. O g nero do cuidado de si: as implica es da dieta alimentar na comensalidade de diabéticos. *Cad Pagu*. 2011; (36):345-74.
13. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo risco: uma introdu o aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
14. Canesqui AM. Estudo de caso sobre a experiência com a "pressão alta". *Physis*. 2013; 23(3):903-24.
15. Trad LAB, Tavares JSC, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terap uticos face   hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(4):797-806.
16. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avalia o do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(5):1021-34.
17. Rattner D. Humaniza o na aten o a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl1:595-602.
18. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a  tica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-92.

19. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(7):1483-91.
20. Starfield B. Atenção primária equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
21. Mattos R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco, UERJ; 2001. p. 39-66.
22. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the Borderland between anthropology, medicine and psychiatry. London: Berkeley los Angeles, University of California Press; 1980.
23. Acioli S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco, UERJ; 2006. p. 187-203.
24. Marques ALM, Mângia EF. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):433-44.
25. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(7):37-56.
26. Wegner W, Pedro ENR. Female caregivers accompanying children with cancer in the hospital setting. *Rev Gaucha Enferm*. 2010; 31(4):678-84.
27. Córdoba D, Meloni C. A propósito de las vidas precárias: entrevista a Judith Butler. *La Torre del Virrey: Rev Estud Cult*. 2011; (10):69-73.

Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Itinerarios de cuidados de la salud de mujeres con historial de síndromes hipertensivos en la gestación. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1109-20.

El objetivo del artículo fue analizar los itinerarios de cuidados de la salud de mujeres con historial de síndromes hipertensivos durante la gestación. El método fue el estudio de relatos orales, cuyos resultados de 35 entrevistas se agruparon en cuatro categorías temáticas: comprensiones de la salud y de la enfermedad, percepciones del riesgo, interacciones institucionales e interacciones afectivo-familiares envueltas en la búsqueda de cuidados. Son múltiples las situaciones de vulnerabilidad que afectan el itinerario de cuidados, incluyendo dificultades de acceso a servicios especializados y la relación con los profesionales de la salud. Los saberes y las prácticas compartidas en la comunidad son recursos importantes para la construcción del cuidado que también puede verse afectado, de forma positiva o negativa, por las dinámicas de interacción en la red afectivo-familiar y con el apoyo social recibido.

Palabras clave: Acceso a los servicios de salud. Asistencia integral a la salud. Embarazo. Hipertensión.

Recebido em 08/10/14. Aprovado em 31/12/14.

Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro

Leandro David Wenceslau^(a)
Francisco Ortega^(b)

Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.

This paper presents a theoretical analysis on the integration of mental health within primary care from the perspective of the objectives and strategies of Global Mental Health (GMH). This task is divided into two parts. The first part is dedicated to international review studies on the subject and the second deals with Brazilian regulatory and scientific publications about the issue. The international studies corroborate the integration of mental health within primary health care (PHC) as a fundamental strategy for reaching the goals of GMH. In the Brazilian scenario, this topic is important for policies and research within mental health, but the objective of this integration and the ways in which it is put into operation require better definition. We conclude by pointing out some obstacles that prevent PHC from occupying a strategic role regarding mental health actions within the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Mental health. Primary healthcare. Global mental health. Family Health Strategy.

Este artigo apresenta uma análise teórica sobre a integração da saúde mental na atenção primária sob a perspectiva dos objetivos e estratégias da Saúde Mental Global (*Global Mental Health - GMH*). Esta tarefa é dividida em duas partes. A primeira parte é dedicada a estudos internacionais de revisão sobre o tema, e a segunda trata de publicações normativas e científicas brasileiras que tocam a questão. Os estudos internacionais ratificam a integração da saúde mental na atenção primária à saúde como estratégia fundamental para o alcance dos objetivos do GMH. No cenário brasileiro, o tema é relevante para as políticas e pesquisas em saúde mental, porém, os objetivos desta integração e suas formas de operacionalização demandam melhor definição. Nas conclusões, apontamos obstáculos para que a APS possa ocupar um papel estratégico para as ações de saúde mental no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Saúde Mental Global. Estratégia Saúde da Família.

^(a) Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Av. P. H. Rolfs, s/n, Campus Universitário. Viçosa, MG, Brasil. 36570-900. leandro.david@ufv.br

^(b) Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ortega@ims.uerj.br

Introdução

Saúde Mental Global (*Global Mental Health* - GMH) é um campo de estudos e de práticas que objetivam reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental em escala global¹. Esta disciplina tem entre seus principais focos²: levantar informações sobre o impacto dos transtornos mentais nas populações, analisar o atual estado do acesso e da qualidade dos tratamentos ofertados em distintas localidades do planeta, e propor/avaliar intervenções que busquem superar as dificuldades encontradas nesta oferta, garantindo os melhores cuidados disponíveis para estas condições^{3,4}. Estas questões são abordadas numa perspectiva global, destacando a dimensão de injustiça e de desrespeito aos direitos humanos que subjaz às desigualdades da atenção à saúde mental entre os países de alta, média e baixa renda e dentro deles^{5,6}. Também são consideradas as complexas questões culturais que envolvem o diagnóstico e as múltiplas modalidades de abordagem dos transtornos mentais nas diversas populações⁷.

Em 2007, uma série de artigos denominada *Global Mental Health* foi publicada na revista britânica *The Lancet*⁸⁻¹³. Esta série dirige o foco da saúde global para os transtornos mentais. Nestes trabalhos, os pilares do *Global Mental Health* são fortemente fundamentados em evidências científicas. Os cinco primeiros artigos⁸⁻¹² documentaram os seguintes tópicos: a carga e o impacto sanitário dos transtornos mentais; a evidência de tratamentos efetivos; as necessidades de cuidados não atendidas nos países classificados pelo Banco Mundial como de baixa e média renda – LAMIC, *low and middle income countries*; a grave escassez e iníqua distribuição de recursos, e as barreiras para ampliação dos serviços de saúde mental. O último artigo¹³ foi um 'chamado à ação' com o objetivo de ampliar a cobertura de serviços para pessoas com transtornos mentais (fundamentado cientificamente em evidências e, eticamente, no respeito pelos direitos humanos destas pessoas) e de aumentar os investimentos em pesquisas que identifiquem e respondam às novas questões que surgem deste processo de ampliação.

Entre 1990 e 2010, os transtornos mentais e comportamentais responderam por cerca de um quarto de todos os anos perdidos por incapacidade – YLDs – no mundo. No mesmo período, os anos de vida perdidos ajustados por incapacidade – DALYs – atribuíveis a transtornos mentais, neurológicos e de abuso de substâncias aumentaram 38% e representam 7,4% da carga mundial total de problemas de saúde¹⁴. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2020, a depressão deva ser a segunda mais importante causa de incapacidade, depois das doenças isquêmicas cardíacas¹⁵. Três quartos da carga global de doença mental estão em países nos LAMIC¹⁶.

Um dos principais alvos de análise e intervenções em GMH é o chamado *gap* ou hiato terapêutico (*mental health gap*)¹⁷. Trata-se da constatação de que parte importante das pessoas com transtornos mentais não recebe tratamento adequado ou nem mesmo é reconhecida e diagnosticada com estes problemas. Existem tratamentos eficazes para a maioria dos transtornos mentais¹⁸, porém muitos pacientes não têm acesso a eles. A média global de *gap* de tratamento para esquizofrenia é estimada em 32,2% e em 56% para depressão¹⁹. Nos países classificados entre os LAMIC, até três entre quatro pessoas com problemas mentais não recebem o tratamento adequado, podendo chegar a 90% na África Subsaariana. Estes dados não surpreendem, visto que, apesar de abrigarem mais de 80% da população mundial, nestes países, são investidos menos de 20% de todos os recursos globais gastos com assistência à saúde mental; e o orçamento em saúde mental não ultrapassa 2% do orçamento total investido em saúde^{2,3,20}.

Em trabalho de revisão, Rebello et al.¹⁴ apontam três estratégias que têm o potencial de reduzir substancialmente o *gap* de tratamento e, conseqüentemente, a carga de doença produzida pelos transtornos mentais: a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde; o compartilhamento e delegação de tarefas (*task sharing e task shifting*); e a incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental. A integração entre saúde mental e atenção primária pode cumprir um papel importante na redução do estigma e na abordagem da falta de sistemas estabelecidos de saúde mental em diversos países e localidades. O compartilhamento e a delegação de tarefas podem reduzir custos e a quantidade de profissionais de saúde necessários para suprir as demandas no nível da atenção primária. As inovações tecnológicas têm capacidade para expandir o alcance dos serviços, cortar custos e, também, reduzir o estigma.

Patel et al.²¹ realizaram um inquérito mundial por meio de questionários abertos com líderes acadêmicos em psiquiatria membros da *World Psychiatric Association*, em amostra que incluiu representantes de sessenta países. As perguntas procuravam identificar: as condições psiquiátricas prioritárias nas regiões dos entrevistados, os tratamentos disponíveis para estes transtornos, papéis dos profissionais de saúde envolvidos, e sugestões de estratégias para melhorar o acesso aos cuidados em saúde mental e para promover comportamentos de procura de ajuda e aderência a tratamentos de longo prazo. As opiniões dos pesquisados apontaram três estratégias principais para reduzir o *gap* de tratamento: aumentar o número de psiquiatras e outros profissionais de saúde mental; aumentar o envolvimento de uma série de profissionais não especialistas adequadamente treinados; e estimular a participação ativa de pessoas afetadas por transtornos mentais no processo de garantia de seus direitos.

O papel de profissionais não especialistas em saúde mental, mais especificamente, de profissionais da atenção primária à saúde, é, portanto, elemento fundamental para o alcance dos objetivos de garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais e qualificação assistencial, apontados pelo GMH²². O reconhecimento da integração da saúde mental na atenção primária como uma prioridade da agenda do GMH amplia a necessidade de estudos sobre: como esta integração deve acontecer, de que forma os atores envolvidos se veem neste processo, e quais são suas demandas e dificuldades para alcançar os objetivos desejados, considerando as complexas particularidades locais e regionais existentes.

Saúde mental na atenção primária: fundamentos e desafios

A atenção primária à saúde (APS) é definida como o nível do sistema de saúde responsável por oferecer à população os cuidados necessários para os seus problemas de saúde mais prevalentes, incluindo medidas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de saúde, com capacidade resolutiva para cerca de 80% destes problemas. A APS deve ser, também, o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária, e da competência cultural dos profissionais^{23,24}.

O documento *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, editado em conjunto pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA)²⁵, reúne diretrizes globais e relatos de experiências exitosas, de diversos países, de integração entre saúde mental e APS. O documento é dividido em duas partes. Na primeira parte, são apresentados princípios gerais que fundamentam esta integração e, na segunda, são descritas experiências desta integração em diversos países do mundo. Quanto aos princípios, o documento pontua que, num sistema hierarquizado de saúde, a APS deve incluir, rotineiramente, entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e, por fim, a prevenção e promoção da saúde mental.

Salienta-se, também, que a continuidade do cuidado é um elemento central de uma atenção primária efetiva; e quando há um relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, a qualidade dos serviços de saúde mental na atenção primária tende a aumentar. Os serviços de atenção primária são, geralmente, os mais acessíveis, disponíveis e aceitos pelas comunidades. Onde a saúde mental está integrada como parte desses serviços o acesso melhora, os transtornos mentais são mais facilmente identificados e tratados e a comorbidade de problemas físicos e mentais também é manejada de forma mais adequada²⁵.

São destacadas sete principais razões para integração da saúde mental à atenção primária: (1) a elevada carga de doença dos transtornos mentais; (2) a conexão entre problemas de saúde física e mental; (3) o enorme *gap* terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para a saúde mental: (4) aumento do acesso, (5) promoção dos direitos humanos neste campo; (6) disponibilidade e custo-efetividade, e (7) bons resultados clínicos²⁵.

Patel et al.²⁶ realizaram revisão sobre o tema, organizando as questões envolvidas em três tópicos: por que integrar? O que integrar? Como integrar? São propostas três justificativas principais para integração. Primeiro, a impossibilidade de oferecer especialistas em saúde mental em número suficiente para atender aos casos estimados de transtorno mental, especialmente em países de média e baixa renda. Mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, apenas dois em cada dez adultos com transtornos mentais comuns são tratados por especialistas a cada ano, os demais são atendidos nos serviços de atenção primária. Segundo, neste nível de atenção, há a possibilidade de tratamento integrado, centrado no paciente e efetivo, em que problemas físicos, mentais e psicossomáticos são abordados em conjunto por uma equipe de profissionais treinada para este tipo de atendimento. Terceiro, os cenários da atenção primária, por seguirem um perfil mais generalista e integrado, são mais atrativos a pacientes e familiares preocupados com o estigma que ainda é associado aos diagnósticos mentais e de abuso de substâncias e aos equipamentos especializados em tratamentos de indivíduos com transtornos mentais graves.

Para estes autores, o objeto da integração deve ser o cuidado dos problemas mentais comuns dentro da rotina para pessoas afetadas por outras doenças ou condições físicas, com atenção especial para: câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, HIV/Aids e atenção pré-natal e materna. Sobre os caminhos para integração, denota-se a necessidade de um planejamento detalhado com prioridades, objetivos e estratégias realistas, definidos e estabelecidos com a participação de todos os atores envolvidos. Uma discriminação pormenorizada das tarefas e responsabilidades de cada profissional também é outro elemento fundamental para integração, acompanhada de padronização que facilite a operacionalização dos fluxos de tratamento e referenciamento. Como exemplo, é citado o modelo de *collaborative care*, que apresenta evidências de estudos realizados em países de alta renda, demonstrando ser mais efetivo que o cuidado tradicional com encaminhamento ao especialista²⁶.

Em três editoriais da revista *Mental Health in Family Medicine*, o tema da integração é amplamente debatido^{15,27,28}. Os trabalhos repetem algumas informações centrais. Afirmam que ofertar cuidados em saúde mental na atenção primária significa garantir que as pessoas que precisam destes cuidados poderão acessá-los próximo às suas casas, sem comprometer seus vínculos familiares, de trabalho e de suporte social, que podem ser fontes importantes de recuperação. Na maioria dos países, os serviços primários são disponibilizados de forma gratuita ou a menor custo do que o serviço especializado. A menor probabilidade de promover estigma ou preconceito, novamente, é apontada como uma das vantagens. Os resultados terapêuticos neste nível de atenção têm sido avaliados como equivalentes ou melhores do que no nível especializado. As razões para estes resultados incluem: a possibilidade do tratamento integrado das doenças mentais como comorbidades de doenças físicas e a longitudinalidade dos cuidados primários. O acompanhamento contínuo, do nascimento até a morte, que caracteriza este modelo de atenção, possibilita a construção de um vínculo crescente entre paciente e profissional, com evolução da compreensão dos problemas do paciente e melhor aderência ao tratamento.

Diante do questionamento da capacidade da atenção primária em oferecer os cuidados adequados à saúde mental, seja por falta de tempo entre tantas outras demandas de saúde, seja por falta de conhecimento técnico dos profissionais, são apresentadas evidências contrárias. Depois de programas educativos, os médicos da atenção primária manejam satisfatoriamente os transtornos mentais, e não diferem dos especialistas em sua capacidade de reconhecer estes transtornos¹⁵.

Mendenhall et al.¹⁶ desenvolveram amplo estudo qualitativo internacional sobre compartilhamento e delegação de tarefas de saúde mental para profissionais de saúde da atenção primária. Realizaram-se grupos focais em distritos de cinco países de média e baixa renda na África e Ásia – Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul e Uganda –, entrevistando gestores distritais, profissionais em área e outros atores envolvidos. Os autores concluem que a inserção da saúde mental na atenção primária, por meio desse processo, é possível se algumas condições forem atendidas: mais recursos humanos e acesso a medicação; supervisão e suporte contínuos no nível comunitário e da atenção primária; e capacitação e compensação adequadas para profissionais de saúde envolvidos no compartilhamento de tarefas.

Patel²⁶, Rebello¹⁴ e seus colaboradores listam alguns riscos possíveis neste processo. Alguns tipos de transtornos mentais podem ser negligenciados nas abordagens de integração. Psicose crônica, transtornos mentais infantis, como autismo, desordens neuropsiquiátricas, como epilepsia, demência

e sequelas de lesões cerebrais são transtornos que, reunidos, respondem por, ao menos, metade da carga de doença dos diagnósticos neuropsiquiátricos. A ausência de estudos demonstrando a efetividade da integração com a atenção primária para a atenção a estes transtornos não deveria, mas pode levar a algum tipo de negligência do seu atendimento. Pelo contrário, a falta de pesquisas deveria colocar estes temas como prioridade da agenda científica. Outros problemas potenciais são: a sobrecarga de sistemas de saúde já muito debilitados, como em países que vivem situações de pós-conflito ou instabilidade governamental e fiscal, e a necessidade de mais evidências sobre a integração em países de média e baixa renda.

Por outro lado, existe concordância entre estes autores^{14,26} sobre as principais condições para que a integração da saúde mental na APS possa ocorrer: legislação e políticas específicas que ordenem e viabilizem financeiramente as redes de saúde para realizar este processo; um sistema de atenção primária, previamente estabelecido e eficiente; propostas que considerem particularidades locais da rede de saúde mental e da população atendida; treinamento dos profissionais envolvidos; suporte contínuo de especialistas, equipamentos especializados de referência e medicamentos ofertados de forma organizada com fluxos e responsabilidades bem definidos.

A integração da saúde mental na atenção primária no Brasil

No Brasil, o SUS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, tem, na estratégia de saúde da família (ESF), seu modelo de APS – ou atenção básica, como também é designado este nível do sistema de saúde nas políticas públicas brasileiras²⁹. A estratégia de saúde da família é implementada por meio de uma equipe de saúde da família formada por: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) técnico(a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número proporcional ao número de pessoas atendidas (no máximo, 12 ACS por equipe; no máximo, setecentos e cinquenta pessoas por ACS). Esta equipe é responsável por oferecer serviços de APS à população de um determinado território delimitado geograficamente, levando em conta, também, aspectos culturais, econômicos e de acessibilidade à equipe, entre outros. A média populacional recomendada para cada equipe é de três mil pessoas, com o máximo de quatro mil.

O papel da atenção básica e da ESF na saúde mental é abordado em diversos documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS. A Portaria nº 224 de 1992³⁰ é a primeira normatização do atendimento à saúde mental no SUS, e apresenta as unidades básicas de saúde e os centros de atenção psicossocial (CAPS) como serviços preferenciais, não hospitalares de atenção à saúde mental. A Lei nº 10.216 de 2001³⁰ é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil, garantindo, aos portadores de transtorno mental: acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde, proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, e tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental.

A Portaria nº 336/2002³⁰ do Ministério da Saúde delibera de forma detalhada sobre o modelo de atuação dos CAPS, que passaram a ser organizados em três modalidades, em ordem crescente de porte/complexidade e abrangência, porém não há orientações sobre o papel da atenção básica. É descrito que os CAPS têm entre suas atribuições: “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (p. 126).

Ainda que, nestes documentos, não existam orientações operacionais específicas para a APS, a atenção básica é apontada como *locus* fundamental da rede de atenção em saúde mental. Em *Reforma Psiquiátrica e política saúde mental no Brasil*³¹, destaca-se que as equipes de atenção básica, por sua proximidade com famílias e comunidades, “se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (p. 33). O documento também aponta que: “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis” (p. 33). Segundo esta publicação, o Ministério da Saúde viria estimulando, nas políticas de atenção básica, diretrizes inclusivas da dimensão subjetiva do usuário e o atendimento aos problemas mais frequentes de saúde mental.

Em *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*³², aponta-se que a saúde mental deve ser organizada segundo um modelo de rede de cuidados, do qual o CAPS não é o único dispositivo, somando-se a eles, entre outros, a atenção básica. Em municípios com menos de vinte mil habitantes, a rede de saúde mental pode ser estruturada a partir das unidades de atenção básica. Três eixos são descritos para organização da saúde mental na atenção básica: (1) apoio matricial às equipes de atenção básica; (2) formação como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica; (3) inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica.

O apoio matricial é proposto como arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços de atenção básica e a principal estratégia de qualificação da ESF para atender às demandas de saúde mental da população. Uma equipe técnica responsável pelo apoio matricial compartilha casos com equipes de saúde da família, por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou atendimentos compartilhados³².

Todavia, ainda que o apoio matricial já fosse apontado, em 2003, como a principal diretriz assistencial em saúde mental na atenção básica, somente em 2008, uma portaria específica – 154/2008³³ – instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são formados por equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, cujo objetivo é oferecer apoio matricial a um número fixo de equipes de saúde da família, em alguns eixos temáticos prioritários: atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; *saúde mental*; saúde da criança; saúde da mulher; e assistência farmacêutica. Uma equipe do NASF não tem modelo de formação único, devendo reunir profissionais de diversas áreas, estando, entre as possibilidades, psiquiatras e psicólogos. No entanto, sobre a composição da equipe, a portaria faz a seguinte recomendação: “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental”³³.

Para subsidiar o matriciamento em saúde mental na atenção básica, o Ministério da Saúde publicou o *Guia prático de matriciamento em saúde mental*³⁴, com sugestões de formas de operacionalizar o trabalho em parceria com os profissionais especialistas em saúde mental matriciadores e as equipes de saúde da família matriciadas. Este trabalho pode envolver: interconsultas, isto é, atendimento em conjunto de pacientes por profissionais do NASF e da ESF, visitas domiciliares, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos, intervenções em grupos, atividades educativas com a ESF, entre outros, desde que não se estabeleça uma relação de encaminhamento entre NASF e ESF, e que o NASF não funcione como porta de entrada para os usuários.

A atual Política Nacional de Atenção Básica²⁹ reforça o NASF como componente da atenção básica, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações deste nível da atenção, bem como sua resolubilidade. Entretanto, não é feita nenhuma menção específica ao papel da atenção básica na saúde mental.

Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída como estratégia de atenção à saúde mental no âmbito do SUS³⁵. Sua finalidade é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. A RAPS reúne os diversos equipamentos públicos envolvidos nos cuidados à saúde mental, atribuindo-lhes diferentes responsabilidades e apontando diretrizes de operacionalização e integração. A RAPS é composta: pela ESF, CAPS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, serviços de urgência e emergência, leitos hospitalares psiquiátricos, serviços de residência terapêutica, programa “De volta para casa”, centros de convivência e comunidades terapêuticas. Estes serviços foram vinculados aos seus diferentes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial.

Entre publicações científicas nacionais, quatro trabalhos nacionais abordam diretamente, em seus títulos, o tema integração da saúde mental na atenção básica ou saúde da família. Nunes et al.³⁶ realizaram um estudo com duas vertentes, uma teórica e outra empírica. Na parte teórica, buscaram estabelecer confluências entre os princípios da reforma psiquiátrica e da saúde da família. Orientadores simultâneos das ações do modelo psicossocial de cuidado e do PSF foram encontrados:

na integralidade da atenção, na participação social, na ampliação do conceito de saúde-doença, na interdisciplinaridade do cuidado e na territorialização das ações. Na frente prática do estudo, foram realizados: uma etnografia em uma unidade de saúde da família com quatro equipes, grupos focais, e entrevistas individuais com os profissionais destas equipes. Os resultados apontaram que, apesar das confluências teóricas, quase inexistem práticas de saúde mental nas equipes estudadas. As razões apontadas para esta observação foram: o desconhecimento da reforma psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF, a não-identificação, por parte da população, de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas, a falta de condições para o atendimento no PSF, incluindo falta de medicações psiquiátricas, e a inexistência de uma rede em saúde mental que funcione como retaguarda e permita uma referência rápida em casos de necessidade.

Souza e Rivera³⁷ realizaram uma revisão bibliográfica nacional sobre o tema da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Tomando como meta os objetivos da reforma psiquiátrica, os autores citam o CAPS como equipamento sanitário ícone deste processo, mas indicam a integração da saúde mental na atenção básica, baseada nas três diretrizes do documento *Saúde mental e atenção básica*³² como caminho fundamental para ampliação da atenção psicossocial no Brasil. Também analisam as semelhanças entre os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto a atenção básica: a articulação de conhecimentos e práticas, o acolhimento dos usuários; a responsabilização pela clientela atendida no território; o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos; e a integralidade do cuidado.

Correia et al.³⁸ realizaram revisão sistemática de literatura nacional sobre o tema: *atenção à saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares assistidos pelos profissionais da equipe de saúde da família*. De 131 resumos, foram selecionados 17 artigos: 12 relatos de pesquisas realizadas com um ou mais membros da equipe do PSF, dois relatos de experiência, duas reflexões teóricas, e uma revisão de literatura. Após leitura, emergiram quatro temas centrais sobre as ações desenvolvidas no PSF: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo e acolhimento; encaminhamento e oficinas terapêuticas. Os autores concluíram que as ações de saúde mental na atenção básica estudadas não apresentam uniformidade em sua execução e dependem de mobilização individual dos profissionais ou de decisão política do gestor local. A melhor estratégia observada para conseguir êxito na assistência ao doente mental no PSF foi o investimento na qualificação dos profissionais por meio de educação e capacitação permanente nesta área.

O trabalho de Souza et al.³⁹ é uma revisão narrativa da literatura nacional sobre trabalhos que abordaram saúde mental na estratégia saúde da família entre os anos de 1999 e 2009. Selecionaram-se 38 artigos: 27 relatos de pesquisa, seis relatos de intervenção e cinco ensaios teóricos. Os autores identificaram seis temas mais frequentemente abordados nas pesquisas: demandas em saúde mental dirigidas à APS; percepções e práticas dos profissionais quanto à saúde mental; relações entre CAPS e ESF; experiências dos agentes comunitários de saúde e atuação dos psicólogos na ESF. Os estudos denotaram problemas como: visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, predominância da lógica manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificados às famílias, e de integração em rede.

Estudos mais recentes de revisão⁴⁰⁻⁴² têm se dirigido à análise do matriciamento em saúde mental das equipes de saúde da família. As três revisões apontaram para o matriciamento como dispositivo importante para a qualificação dos cuidados em saúde mental oferecidos pela ESF, por: melhorar o conhecimento técnico dos profissionais em saúde mental, ampliar a oferta terapêutica das equipes com ferramentas psicossociais, e dar suporte às equipes para construir fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes com outros serviços da rede de saúde. Ao mesmo tempo, há várias dificuldades neste processo envolvendo: os interesses e prioridades diversos dos profissionais envolvidos, a tensão entre quantidade e qualidade dos serviços prestados na ESF, e a própria capacidade da rede de responder de forma adequada às necessidades terapêuticas dos usuários. As três revisões também concluem que, por se tratar de um processo bastante recente, são necessários mais estudos para apontar caminhos mais claros de como potencializar o matriciamento como dispositivo de integração da saúde mental na atenção primária.

Conclusões

As pessoas que sofrem com transtornos mentais necessitam de sistemas de saúde que atendam às suas necessidades de cuidados, com os recursos de melhor fundamentação científica disponível. A produção acadêmica reunida pelo GMH mostra que esses recursos psicossociais e farmacológicos são custo-efetivos e devem ser acessíveis para todas as pessoas do planeta. O caminho para alcançar este objetivo só é possível, num menor prazo e de maneira sustentável, por meio de uma atenção primária forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados, seja a base da atenção à saúde mental.

A literatura internacional afirma que a integração é a principal estratégia global de ampliação do acesso à saúde mental, apontando diversas evidências que demonstram as vantagens e viabilidade deste modelo. Ao mesmo tempo, é repetida a necessidade de estudos mais potentes e detalhados sobre as experiências em curso, sobretudo, demonstrando impacto epidemiológico, desfechos clínicos favoráveis, custo-efetividade e caminhos para os impasses culturais envolvidos.

Por outro lado, a análise realizada sobre as principais portarias e orientações técnicas do Ministério da Saúde, neste tema, sinaliza que, sim, no SUS, reconhece-se que a atenção básica tem um papel fundamental na atenção à saúde mental. Todavia, não ficam estabelecidos os limites de competência entre a atenção básica e os CAPS, havendo uma dupla porta de entrada no sistema para este perfil de demanda. Além disso, o apoio matricial em saúde mental por intermédio dos NASF é o principal mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento. Este fato, porém, provoca a dúvida se esta deveria ser a única, ou, mesmo, se é a melhor forma de promover esta qualificação.

Os estudos nacionais evidenciaram a existência de diversas investigações sobre o tema, mas há pouca congruência nas perguntas orientadoras e nas metodologias. Os resultados apontam diversas dificuldades da ESF em lidar com os problemas de saúde mental, e o apoio matricial tem sido proposto e avaliado como a principal resposta a estes problemas. Há, porém, algumas questões pouco exploradas que nos parecem merecer destaque.

Uma melhor estruturação da ESF, como APS eficaz e resolutiva para os problemas de saúde mais prevalentes e incapacitantes da população, incluindo os transtornos mentais, não seria uma resposta mais efetiva? Isto é, os profissionais estão despreparados apenas para lidar com transtornos mentais ou há um despreparo geral para se realizar uma APS de qualidade, que também é refletido na saúde mental? O modelo de uma atenção básica centrada em programas ou em áreas da saúde – saúde mental, saúde da criança, entre outros – diverge da proposta de uma APS que funcione como principal porta de entrada do sistema e não ‘escolhe’ ou classifica os usuários que atenderá de acordo com os programas e recursos de que dispõe, mas acolhe e oferece respostas de integralidade e coordenação de cuidado independente de qual seja o problema do usuário. Tanto as publicações oficiais quanto as pesquisas apontaram para analisar a saúde mental como um campo isolável do funcionamento de toda a APS, um movimento político e epistêmico que não considera a necessidade de que, para que a própria integração com a saúde mental funcione, é necessária uma APS forte e estruturada preexistente, ou minimamente, em estruturação concomitante.

A presença de profissionais com formação própria para APS (médicos com especialização em medicina de família e comunidade e enfermeiros com especialização em saúde da família) é um diferencial na qualidade dos serviços de saúde mental. A necessidade de que a APS seja desenvolvida por profissionais especialistas em Medicina de Família e Comunidade/Saúde da Família é um dos fundamentos deste nível do sistema nos principais sistemas públicos universais de saúde do mundo, que adotam a APS como seu nível orientador e organizador, porém este é um tema que recebe pouca atenção nas publicações nacionais.

O GMH oferece, para os desafios da integração da saúde mental na APS no cenário brasileiro, a perspectiva de lidar com estes desafios a partir de estratégias centradas em superar as desigualdades do acesso e qualidade dos serviços em saúde mental, que só podem ser concretizadas pelo protagonismo da própria APS. Esta perspectiva tem o potencial de ampliar e reordenar os eixos que

têm sido adotados para esta integração no SUS, deixando a Estratégia de Saúde da Família de ser um coadjuvante dos CAPS para responder às necessidades de saúde mental da população, para assumir lugar de coordenação e integralidade, com o apoio dos CAPS e NASF, para efetivar esta resposta.

Colaboradores

Leandro David Wenceslau responsabilizou-se pelo levantamento e análise das referências e pela redação final do artigo. Francisco Ortega responsabilizou-se pela revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Referências

1. Patel V, Prince M. Global Mental Health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010; 303(19):1976-7.
2. Patel V. Global Mental Health: from science to action. *Harvard Rev Psychiatr*. 2012; 20(1):6-12.
3. Becker AE, Kleinman, A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med*. 2013; 369(1):66-73.
4. Collins PY, Patel V, Joestl S, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011; 475(7354):27-30.
5. Patel V. Beyond evidence: the moral case for International Mental Health. *Am J Psychiatr*. 2006; 163(8):1312-5.
6. Kleinman A. Global Mental Health: a failure of humanity. *Lancet*. 2009; 374(9690):603-4.
7. Cohen A, Patel V, Minas H. A brief history of global mental health. In: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M, organizadores. *Global Mental Health: principles and practice*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 3-26.

8. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007; 370(9592):1061-77.
9. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle income countries. *Lancet*. 2007; 370(9591):991-1005.
10. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
11. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. *Lancet*. 2007; 370(9593):1164-74.
12. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007; 370(9590):878-89.
13. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al. Scaling up services for mental disorders - a call for action. *Lancet*. 2007; 370(9594):1241-52.
14. Rebello T, Marques A, Gureje O, Pike K. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. *Curr Opin Psychiatr*. 2014; 27(4):308-14.
15. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(2):67-9.
16. Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci Med*. 2014; 118(2014):33-42.
17. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. Treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004; 82(11):858-66.
18. World Health Organization. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: WHO; 2010.
19. De Silva MJ, Lee L, Fuhr DC, Rathod S, Chisholm D, Schellenberg J, et al. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2):341-53.
20. World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: WHO; 2013.
21. Patel V, Maj M, Flisher AJ, De Silva MJ, Koschorke M, Prince M, et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatr*. 2010; 9(3):169-76.
22. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet*. 2011; 378(9803):1654-63.
23. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.
24. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8930):1129-33.
25. WHO. WONCA. Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008.
26. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLOS Med*. 2013; 10(5):1-6.

27. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(1):5-8.
28. Ivbijaro G, Funk M. No mental health without primary care. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(3):127-28.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
30. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5a ed. Brasília (DF): MS; 2004.
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.
32. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): MS; 2003.
33. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet] [acesso 2014 Set 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
34. Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde; 2011.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. [Internet]. Brasília; 2011 [acesso 2014 Set 1]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
36. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CP. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10):2375-84.
37. Souza AC, Rivera FJ. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Tempus Actas Saude Colet*. 2010; 4(1):105-14.
38. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1501-6.
39. Souza LG, Menandro MC, Couto LL, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Saude Soc*. 2012; 21(4):1022-34.
40. Athié K, Fortes S, Delgado PG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Rev Bras Med Fam Com*. 2013; 8(26):64-74.
41. Bonfim IG, Bastos EM, Góis CW, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):287-300.
42. Machado DK, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. *Cad Saude Colet*. 2013; 21(2):224-32.

Wenceslau LD, Ortega F. Salud mental en la atención primaria y Salud Mental Global: perspectivas internacionales y el escenario brasileño. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.

Este artículo presenta un análisis teórico sobre la integración de la salud mental en la atención primaria bajo la perspectiva de los objetivos y estrategias de la Salud Mental Global (Global Mental Health - GMH). Esta tarea se divide en dos partes. La primera de ellas dedicada a estudios internacionales de revisión sobre el tema y la segunda trata sobre publicaciones normativas y científicas brasileñas que tocan el tema. Los estudios internacionales ratifican la integración de la salud mental en la atención primaria de la salud como estrategia fundamental para el alcance de los objetivos del GMH. En el escenario brasileño, el tema es relevante para las políticas e investigaciones de salud mental; sin embargo, los objetivos de esta integración y sus formas de puesta en operación exigen una mejor definición. En las conclusiones, señalamos obstáculos para que la APS pueda ocupar un papel estratégico en las acciones de salud mental en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de la salud. Salud Mental Global. Estrategia Salud de la familia.

Recebido em 10/10/14. Aprovado em 31/12/14.

Laços entre família e serviços de Saúde Mental:

a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico

Bárbara Souza Rodriguez Covelo^(a)
 Maria Inês Badaró-Moreira^(b)

Covelo BSR, Badaró-Moreira MI. Links between family and mental health services: family members' participation in care for mental distress. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1133-44.

Family members' participation in care for mental distress is discussed through participant observation and interviews. It was possible to build up an analytical body of data on how the dimensions of care and distress are constituted within the family sphere. The data were treated through content analysis. Family members reported that they lacked time and space to take care of themselves, which caused discomfort because of the mental distress present in their lives. A territorial caregiving network is indicated as support for family members who play important roles within care provision. They have a need to talk about their day-to-day struggles, but healthcare services do not have strategies for attracting them towards participation, which gives rise to difficulty in making progress towards deinstitutionalization. Moments for listening to and comprehending family distress are presented as ways of welcoming and caring for family members.

Keywords: Mental Health. Family. Psychosocial attention. Networks.

Discute-se a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico, por meio de observação participante e entrevistas. Foi possível constituir um corpo analítico de como as dimensões do cuidado e do sofrimento se constituem no âmbito familiar. Os dados foram tratados mediante a análise de conteúdo. Os familiares relatam falta de tempo e espaços em que possam se cuidar, gerando desconforto frente à presença do sofrimento psíquico em suas vidas. Uma rede territorial de cuidados é apontada como um apoio aos familiares, considerados importantes atores para o plano de cuidados. Eles apresentam demandas de falar sobre seus sofreres cotidianos, no entanto os serviços de saúde não apresentam estratégias para atraí-los a participar, o que dificulta avanços na desinstitucionalização. Momentos de escuta e de compreensão do sofrimento familiar são apresentados como formas de acolhimento e cuidado.

Palavras-chave: Saúde Mental. Família. Atenção psicossocial. Redes.

^(a) Mestranda, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Departamento Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista. R. Silva Jardim, 136, Vila Matias. Santos, SP, Brasil. 11015-020. bsrcovelo@gmail.com

^(b) Departamento Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Unifesp, campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. maria.ines@unifesp.br

Introdução

Dada a importância da família para os planos de cuidados no âmbito da saúde mental, cada vez mais, formas de atuação conjunta e voltadas aos familiares são discutidas. A partir da Reforma Psiquiátrica, o cuidado próximo ao âmbito familiar é valorizado por ter um impacto positivo na reabilitação psicossocial, entendida como o processo de restituição do poder contratual para a ampliação da autonomia do usuário, segundo Kinoshita¹.

Um sofrimento psíquico não se refere apenas ao membro que se desestabiliza, mas diz respeito a todos que compõem o universo familiar. A presença dele pode configurar um desgaste material, subjetivo, organizativo e social na família, porque o usuário de saúde mental pode se tornar dependente de seus familiares².

Quando o serviço se apresenta como parceiro da família, ela também contribui diretamente com a reabilitação psicossocial³. Por isso, esses equipamentos incluem os familiares no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, também lhes ofertando um cuidado especial⁴.

O incentivo ao empoderamento de familiares e usuários é relevante para a construção de avanços na desinstitucionalização em saúde mental⁵. Para isso, eles precisam lidar com suas dificuldades cotidianas. Segundo Borba et al.⁶, ao se identificar a percepção da família com relação ao sofrimento psíquico, à pessoa e ao seu cuidado, pode-se concluir que lidar com família é lidar com sofrimento. Entretanto, os familiares não estão habituados a falar sobre a dimensão subjetiva, relacionada a sentimentos, preocupações e percepção da experiência de conviver com o sofrimento psíquico⁷.

Para esses familiares, essa dimensão pode ser algo novo, pois, antes, era vista como causa da doença, da qual deveriam se distanciar; mas, atualmente, a participação deles no cuidado é requisitada. Em diversos países, os familiares não recebem o apoio institucional necessário para que desempenhem o papel de cuidadores⁸. A falta de apoio fez com que, muitas vezes, o regresso da pessoa com sofrimento psíquico ao convívio familiar desencadeasse dificuldades na dinâmica da família, levando a reinternações.

Vale lembrar a importância de familiares e usuários para as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental de Bauru, em 1987, quando passaram a participar, efetivamente, do movimento que antes era, predominantemente, de trabalhadores. Esta participação social no movimento da saúde mental contribuiu para tomadas de decisões e conquistas importantes na área, por exemplo, na dimensão jurídico-política⁹.

Atualmente, as experiências de Vasconcelos¹⁰ com familiares e usuários revelam a necessidade de se trabalhar resgatando os preceitos e conquistas das mudanças na atenção em saúde mental e de se promover o empoderamento, como estratégias de fortalecimento da autonomia, do poder e da auto-organização. Para o autor, este exercício se apresenta como uma estratégia global de organização dos familiares para uma superação na ausência de apoio nos cuidados, ressoando positivamente na luta pela Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, confirma-se a necessidade da construção de uma rede ampliada, articulada de forma intersetorial, voltada à complexidade da vida humana na sua extensão para os diversos campos do existir, ou seja, uma rede que se expanda além da família e do serviço de atenção psicossocial.

Conforme a Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a organização dos serviços em rede de atenção à saúde com base territorial, visando ações intersetoriais, é necessária para garantir a integralidade do cuidado. Este arranjo tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção às pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack e outras drogas no SUS¹¹.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é definido como um ponto de atenção da RAPS, de acordo com a Portaria 3.088¹². Segundo Yasui¹³, o Caps está para além de um serviço, é uma forma de tessitura “de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças” (p.115). Esta ideia de rede tecida em diversos pontos, com importante articulação entre os serviços, potencializa o arranjo para o necessário convívio, a manutenção do indivíduo com sofrimento psíquico intenso em sua família e comunidade.

Dentro da perspectiva de atenção psicossocial, um dos objetivos do Caps é incentivar a participação familiar no serviço, por ser o vínculo mais forte do usuário com o mundo. Os familiares podem tanto estimular o usuário no seu PTS como podem participar ativamente das atividades do Caps e ajudar na integração social dele^{11,12}.

Essa preocupação de inserção da família no cuidado reflete uma rede a ser constituída com diversos atores, em que o cuidar se constrói por meio do comprometimento e da implicação com o outro. Dessa forma, é necessário reconhecer o outro como sujeito, e não como objeto de intervenção¹³.

O cuidado em saúde mental sofreu diversas transformações, dentre elas, a valorização da família como ator importante para a atenção psicossocial. O apoio constante aos familiares é recomendável para conseguirem lidar com suas emoções quanto ao sofrimento psíquico, a fim de terem condições para executar seu cuidado¹⁴.

Nesse sentido, há necessidade de se voltar o olhar para os familiares, a fim de evidenciar a problemática familiar no cuidado e diversificar a rede de trocas afetivas. Tendo em vista o exposto, o objetivo deste trabalho é discutir a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, cuja aproximação ao campo foi feita por meio de observação participante em um serviço de atenção psicossocial e em reuniões de um movimento social em Saúde Mental na cidade de Santos-SP.

A observação participante no serviço ocorreu por intermédio da inserção em atividades com usuários, familiares e profissionais. Primeiramente, os usuários foram informados sobre a proposta da pesquisa e convidados a participar. Além das entrevistas nos serviços, pedia-se que eles indicassem um familiar-cuidador, no intuito de deixá-los nomear quem reconhecessem como participantes do seu cuidado.

Dessa forma, o pedido de indicação do familiar foi elementar para preservar essa relação. Quando os familiares eram convidados a participar, eram questionados sobre o local da entrevista e optavam por realizá-la em suas casas, o que permitiu uma aproximação da pesquisa com a realidade dos usuários e familiares. Com a entrada em suas residências, uma relação delicada foi se estabelecendo entre pesquisador e pesquisado, em que as ações para a coleta de dados estavam permeadas pelo convite a adentrar no universo particular do cotidiano de cada família visitada. Nesse momento, ética e pesquisa qualitativa estavam indissociáveis, na medida em que a autonomia do pesquisador estava aliada à responsabilidade com os desejos do pesquisado¹⁵.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco usuários e sete familiares de um Caps da modalidade 3. Essa modalidade funciona durante 24 horas diariamente, incluindo fins de semanas e feriados, sendo responsável por ações como: internações; atendimentos individuais, domiciliares, grupais e familiares; oficinas terapêuticas; acolhimento noturno; entre outras¹².

As temáticas abordadas nas entrevistas foram: histórico, convívio e constituição familiar; relação com os serviços de atenção psicossocial; participação no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico; e relação com a comunidade.

Os dados produzidos foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo, a partir de Bardin¹⁶. Tal método abrange um conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens. A modalidade da análise de conteúdo escolhida foi a temática, que busca descobrir núcleos de sentido que podem ter algum significado para o objetivo analítico.

Para esse tipo de análise, as entrevistas foram transcritas e lidas sucessivamente, assim como os diários de campo, com a finalidade de elaboração de núcleos de sentido e aproximação destes com a bibliografia e com a vivência do pesquisador.

A partir desse processo, os núcleos de sentido criados foram: 1) Família e serviço; 2) Redes; 3) Análise do sentido do sofrimento a partir dos familiares.

Os familiares entrevistados serão referidos por F1, F2 etc. Os usuários de serviço de saúde mental entrevistados serão identificados como U1, U2 etc. Serão indicados idade e gênero de todos os entrevistados.

O presente estudo foi aprovado em 08/02/2012 pelo Núcleo de Bioética da Universidade Federal de São Paulo.

Resultados e discussão

1) Família e serviço

A aproximação com esses familiares de usuários da saúde mental foi um desafio nesta pesquisa, visto que somente um deles frequentava assiduamente o serviço.

Os familiares se queixavam da falta de tempo e do excesso de tarefas desempenhadas com o usuário de saúde mental no cotidiano, fazendo com que deixassem de fazer atividades voltadas ao lazer ou ao cuidado de si. De acordo com Stein et al.¹⁷, os pais de pessoas com sofrimento psíquico sentem uma grande perda de papéis sociais e de suas atividades rotineiras por causa dos cuidados com seus filhos.

Isso é preocupante, pois, como Ildstad et al.¹⁸ relatam, ter momentos de lazer e cuidado de si ajuda a proteger, significativamente, o desgaste do cuidador enquanto estiver passando por momentos de esgotamento frente às demandas.

“Com esse negócio de ficar com U1, a gente não tem direito de viajar. Não tem direito de fazer absolutamente nada”. (F1, homem, 50 anos)

A maioria dos entrevistados relata que seus parentes e amigos se afastaram após o surgimento do sofrimento psíquico na família. Esse afastamento se torna prejudicial ao usuário, que se sente rejeitado e abandonado, e ao cuidador, que sente um desgaste maior por não ter ajuda. Há uma repetição na família do que acontece com a pessoa com sofrimento psíquico na comunidade, conforme Moreno¹⁹.

“Ele (pai) não liga nem para saber como a gente tá, nem como ela tá. Não quer saber, a única pessoa mesmo que tem, sou eu e as pessoas ainda falam assim: ‘como você aguenta ficar com a sua irmã? Se eu fosse você levava na casa do seu pai e largava ela lá’”. (F1, homem, 50 anos)

Para os familiares, a dificuldade de frequentar o serviço de saúde mental tem relação com a falta de tempo. Outra hipótese é de que a reduzida assiduidade nos serviços reforce o distanciamento deles por causa da história do papel da família na saúde mental, tal como o relato de Borba et al.⁶.

A ausência em ações de saúde mental faz com que os familiares não usufruam de espaços em que o sofrer cotidiano pode ser amparado e que possam se articular com demais familiares para conquistarem alguns direitos em relação ao cuidado de si e do usuário.

Nas entrevistas, os familiares demonstraram precisar falar sobre suas vivências e sofrimentos. Tal angústia poderia ser minimizada em encontros entre familiares dentro do Caps. Entretanto, a maioria não frequenta essa atividade, por opção ou por falta de oportunidade. Diante dos desafios da aproximação entre familiares e serviços, os usuários relatam a sensação de isolamento e a necessidade de articulação entre os serviços que tomem usuário e familiares como centralidade de suas ações e acolham o sofrimento inserido na dinâmica familiar. Além disso, eles reivindicam maior espaço para que seus familiares também encontrem apoio e orientação sobre o que se passa nos momentos mais delicados de sofrimento e crise²⁰.

Serviços de atenção psicossocial que oferecem cuidado ao familiar e uma coconstrução do cuidado se apresentam de forma diferente dos demais, porque a família tende a ter maior disponibilidade em participar ativamente do PTS.

“Eles (profissionais do Caps) fizeram uma proposta de ele ficar internado e eu ficar junto o dia todo. Eu só vinha dormir em casa. [...] A psicóloga falou que seria uma forma diferente, que eu ia mostrar que eu tava junto com ele e não como eu sempre fiz, de largar ele em hospital e vim embora. [...] Acho que foi isso que funcionou”. (F2, mulher, 75 anos)

A aproximação entre família e serviço se torna complexa, tanto pelas dificuldades dos familiares em atenderem ao que é requerido pela instituição no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, quanto pelo fato de o serviço não os perceber como parte do cuidado, ao interagir com eles de forma apenas pontual.

Os usuários, constantemente, falavam de seus familiares e de suas histórias cotidianas, revelando quanto este ambiente é importante para eles. Essas falas demonstram como a situação familiar é algo que lhes afeta, em consequência: do cuidado recebido, das expectativas em torno de uma melhora clínica, além da percepção de que há algo de errado com seu parente, entre outros fatores que podem influenciar positiva ou negativamente em seu cuidado.

Em consonância com o que Camatta e Schneider²¹ trazem em seu estudo, os familiares tendem a ficar satisfeitos com o serviço pelo fato de o usuário estar estabilizado nos seus sintomas psíquicos, na diminuição do número de crises e reinternações psiquiátricas.

“Ela melhorou bem. O doutor curou com esse remédio que deu pra ela”. (F1, homem, 50 anos)

Apesar de várias mudanças trazidas com a Reforma Psiquiátrica, tais aspectos mostram como o cuidado do sofrimento psíquico está permeado por uma visão médico-centrada, focada em seus aspectos sintomatológicos, em que sujeito se torna um objeto aos olhos da ciência²².

Nas entrevistas, os familiares dizem valorizar o Caps, sobretudo pelos cuidados oferecidos aos usuários, mas, também, porque, quando estes estão no Caps, os familiares descansam e se permitem fazer outras atividades.

“Dou graças a Deus de ter isso daqui (Caps), porque ele não pode ficar em casa direto, porque eu tenho ocupação, não dá”. (F3, homem, 82 anos)

Neste relato, o Caps aparece como dispositivo de afastamento da pessoa com sofrimento psíquico de sua família, o que lhe confere um significado distorcido frente a sua tarefa em se tornar, cada dia mais, um espaço terapêutico capaz de “colocar em movimento trocas sociais bloqueadas” e reinscrever o sujeito no corpo social²³.

A maioria dos familiares avalia o serviço com negatividade. Não gostam de frequentá-lo, dizendo não haver um acolhimento para eles, porque, em momentos de necessidade, não se ofereceu uma escuta ou houve inadequações em alguma atividade dirigida a esse público. Dessa maneira, tais situações geraram pouco envolvimento da família com o serviço, o que pode repercutir negativamente no cuidado ao usuário.

O contato dos familiares com esse dispositivo psicossocial acontece, sobretudo, quando acompanham consultas médicas, requisitam medicamentos ou são chamados pela equipe para conversar sobre o sujeito em sofrimento psíquico.

“[...] eu não vou para o Caps, só vou, assim, quando precisa trocar o remédio dela, alguma coisa. Ai eu vou lá, falo com o médico”. (F4, mulher, 34 anos)

Na maioria dos casos, o envolvimento do familiar é remetido ao cuidado clínico. Não há relatos da participação familiar no PTS do usuário do Caps, que deve ser construído em conjunto com os sujeitos envolvidos (profissionais, familiares e usuários), tendo como referencial as histórias singulares de cada um, especialmente quando relacionadas ao sofrimento psíquico²¹.

O familiar requer cuidado para cuidar do outro. De acordo com Borba et al.⁶, os familiares, antes de exercerem o papel de cuidadores, precisam de estratégias para lidar com as situações adversas e trabalhar com seus anseios. Ainda, a ausência de informação do familiar quanto às suas responsabilidades e formas de cuidado pode se tornar prejudicial tanto para si quanto para o usuário²⁴.

Os grupos de família oferecem a possibilidade de os familiares elaborarem seus sofrimentos e pensarem juntos sobre estratégias singulares para lidarem com o sofrimento psíquico em suas vidas. Essa atividade, comum em serviços de saúde mental, é considerada instrumento poderoso para a autorreflexão, educação em saúde mental, e criação de vínculos entre serviço e família, sendo muito valorizada em diversas pesquisas^{19,25-28}.

“Me sinto apoiada (no grupo de família), porque o pior que tem é não ter onde se socorrer, não ter um socorro quando você tem um filho envolvido nessas coisas. [...] Então, compartilhando é bem melhor”. (F5, mulher, 59 anos)

Essa articulação entre equipamentos de saúde mental e família está ainda em desenvolvimento e apresenta fragilidades, como: falta de profissionais preparados para lidar com essa demanda, excesso de atendimentos para os trabalhadores, falta de recursos dos serviços de saúde mental, e falta de entendimento ou conhecimento, pelos familiares, das novas propostas da saúde mental⁷.

A inserção da família não foi efetivada completamente nos serviços substitutivos, e só se dá importância a esse aspecto quando se foca em ações para o usuário. Não há um reconhecimento dela como passível de sofrimento, mas como um potencial manejador de cuidado clínico, como afirma Bieleman et al.²⁷. Os familiares precisam ser vistos como sujeitos da ação e parte da atenção dos profissionais para se desenvolverem como suporte de cuidado.

De acordo com Duarte e Kantorski²⁶, a melhor estratégia para aproximar a família dos serviços é o reconhecimento da importância de seu papel para o cuidado do usuário, por meio de falas realizadas pelos profissionais, que também devem lhe oferecer apoio e escuta, além de convidá-la para atividades na rede de saúde mental. Sendo assim, percebe-se que as melhores opções de cuidado aos familiares envolvem o uso de tecnologias leves, conceituadas por Merhy²⁹.

2) Redes

A Reforma Psiquiátrica brasileira advém da articulação de atores sociais que exigiram do Estado a concretização de seus direitos. Alianças e trocas foram realizadas como uma rede para avanços desse movimento social. Consequentemente, essa lógica é difundida, nos preceitos do Caps, como um serviço potente para ativação de recursos como: “diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores” (p. 115). Trata-se da utilização e da criação de espaços no território por meio das relações, que possibilitam a constante transformação do lugar existencial do sujeito¹³.

Dois familiares ativos no campo da saúde mental expuseram como a participação dos familiares é escassa em ações dentro do serviço e em outros espaços de articulação. Ambos iniciaram o contato com essa área quando seus filhos começaram a frequentar um dos primeiros Caps implementados no Brasil, assim acompanhando de perto a história da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A forma de agir desses familiares, envolvidos com políticas de saúde mental, não representa a maneira como os demais estão presentes/ausentes no cenário da reforma psiquiátrica hoje. No campo afetivo e político, eles encontraram estratégias eficientes para o cuidado de si e de seus filhos.

Assim como outros familiares entrevistados, eles privilegiam, em seus cuidados, dar tarefas aos usuários priorizando sua autonomia. Há uma postura diferente da lógica manicomial em relação à pessoa com sofrimento psíquico, na medida em que visa a um novo posicionamento do sujeito acerca de sua condição de passividade para uma atitude de “autoadministração”, reconhecendo suas possibilidades de modificar o contexto vivido³⁰.

“Meu quarto é bem arrumado. Eu limpo todo dia. Eu lavo minhas roupas. Ajudo minha sobrinha, minha irmã. Eu vou na padaria, eu vou no açougue. Então, eu sou louca?”. (U1, mulher, 48 anos)

A compreensão destes familiares sobre o sofrimento psíquico, o funcionamento da rede de saúde mental e as propostas da reforma psiquiátrica mudou seus olhares em relação ao impacto da loucura em suas vidas.

A desinformação sobre o sofrimento psíquico causa desentendimentos na família, por ela não entender o comportamento do usuário de saúde mental e cobrar que ele tenha funções para as quais não se sente apto. Logo, é uma situação que causa sofrimento na família como um todo.

“Até acharam que ele ia trabalhar, mas diz que ele falou que falaram pra ele não trabalhar. [...] Eu não acredito que alguém falou isso que ele não pode trabalhar. [...] Ai será que ele escuta, certeza? [...] Eu acho que é coisa do diabo. E agora? Eu até pensei que o U2 tinha alguma coisa, mas nunca levei ele em lugar nenhum não, mas eu já me conformei”. (F6, mulher, 43 anos)

Foi a partir da troca de experiências, da identificação com o outro e da articulação de ideias em um grupo de família que os familiares ativos na Reforma Psiquiátrica aumentaram a percepção sobre as potências do usuário e se sentiram importantes no processo de reabilitação psicossocial. Dessa forma, buscaram conhecimento para aprimorar seus papéis no cuidado e na luta antimanicomial.

Como a maioria dos familiares frequenta pouco o âmbito da saúde mental, não conhece as propostas de desinstitucionalização, dentre elas a corresponsabilização entre profissionais e familiares, que evitaria o desgaste de ambos os lados.

A parceria entre serviço e a família é uma estratégia de mobilização e comprometimento para lidar com a loucura no território, proporcionando potencialidades de trocas entre serviço, usuário e sua rede social^{19,28}. Atualmente, a implementação destas ações está bastante limitada. Ademais, o trabalho da desinstitucionalização, conforme Rotelli²³, é reconstruir as pessoas como atores sociais. Logo, seria importante que os serviços se integrassem a redes de cuidados, nas quais os familiares pudessem ser ativos e envolvidos com a implantação de novos rumos da assistência.

Além dos serviços, é importante lembrar que existem outros espaços que podem vir a potencializar ou notar o papel da família como parte do cuidado, como: eventos de saúde mental, movimentos sociais e interação com a família em seu território.

Um espaço excelente para enxergar o papel da família e dar voz e escuta aos familiares é sua residência. Durante esta pesquisa, as entrevistas foram realizadas nos lares dos familiares e usuários, o que possibilitou observar como estes se relacionam com outros personagens importantes de sua história.

No acompanhamento domiciliar de pessoas com sofrimento psíquico, a abordagem familiar é uma forma de envolver esses membros nos projetos terapêuticos, o que demanda escutá-los para compreender suas dificuldades e conhecer suas redes sociais no território.

Eventos de saúde mental e movimentos sociais são momentos para além do serviço que possibilitam que usuários e familiares (re)ativem vínculos, o que vai ao encontro do projeto terapêutico do usuário e potencializa o papel da família como importante no cuidado.

3) Análise do sentido do sofrimento a partir dos familiares

O surgimento do sofrimento psíquico numa família transforma suas relações. Em alguns dos familiares a mudança será maior, em razão da proximidade com o usuário da saúde mental. Isso acontece, pois a família é uma extensão do ente com sofrimento psíquico, segundo Cassel³¹, por isso, além de submeter-se a mudanças concretas no cotidiano em razão do cuidado, tende a sofrer junto com ele.

De acordo com Cassel³¹, o sofrimento, geralmente, é associado à dor, mas nota-se que é um sentimento com diversas dimensões no indivíduo, como: cultural, familiar, política, temporal,

entre outras. Essencialmente, as perdas e privações relacionadas a essas dimensões podem gerar o sofrimento. Com base nessas dimensões, o sofrimento é entendido como uma “vivência da ameaça da ruptura da unidade/identidade da pessoa”¹⁴ (p. 32).

Alguns familiares descreveram ter outros planos para seus filhos, como exercerem uma profissão, o que foi impossibilitado pela doença. À vista disso, é inevitável notar as expectativas dos pais para os filhos continuarem os projetos familiares, mas, infelizmente, o aparecimento do sofrimento psíquico grave impede tal realização e gera sentimentos de frustração e de culpabilização aos familiares⁴.

“Pra mim, eu não gostaria que meu filho tivesse se tratando, entendeu? [...]. Eu tinha outros propósitos para ele, para esses problemas de saúde mental. Ter um homem que trabalhasse”. (F6, mulher, 43 anos)

Caso os familiares-cuidadores venham a falecer, eles se preocupam com o que acontecerá com seus entes com sofrimento psíquico. Isso mostra como as projeções são fontes de sofrimento, visto que todos colocam expectativas, desejos e crenças no futuro, e a doença pode causar um temor de perder esta vida futura^{14,31}.

“É, né? Aí você vai fazer o que, no caso se eu for primeiro que ele? Ah minha preocupação é essa. Ele vai ficar apoiado pelos irmãos, mas irmão não é mãe, viu?”. (F3, mulher, 59 anos)

Percebe-se a culpabilização dos pais pela doença dos filhos na busca de possíveis erros cometidos no passado, para encontrar sentidos e explicações que possam diminuir seu sofrimento³².

“É assim, quando uma pessoa tá grávida, ela quer o melhor [...]. ‘Quero que meu filho nasça saudável’. Mas eu tinha um monte de pensamento negativo”. (F5, mulher, 59 anos)

Dentre os familiares entrevistados, uma mãe relata ver relação da doença do filho com suas atitudes durante a gestação, indicando uma autculpabilização, movida por crenças e conflitos morais. De acordo com Cassel³¹, o enfrentamento da doença é influenciado pelo passado e presente. No presente, em decorrência de condições clínicas, pessoas com sofrimento psíquico podem abandonar ou ter dificuldade de realizar algumas atividades que, antes, lhes eram cotidianas, o que, por parte do cuidador, pode ser visto como uma descaracterização do sujeito.

Há a perda de um papel social e político, pela perda da função da representatividade e da forma de ser visto pelo demais, e uma transformação do papel familiar, porque, muitas vezes, um pai e um irmão que adoecem passam a ter o papel de filho para quem cuida, devido aos tipos de cuidados, tal como nesta fala do irmão de uma usuária.

“U2 é minha filha, né? Minha filha. Eu trato ela como filha”. (F1, homem, 50 anos)

Os aspectos culturais e morais, que envolvem valores e crenças, também são muito influentes no sofrimento³¹. Crenças são capazes de atribuir sentido às vivências, podendo mostrar um lado de culpa, que faz o cuidador sofrer. Os conflitos morais como fonte de sofrimento eram presentes na vida destes familiares. Muitas vezes, os familiares desejaram a internação ou a morte de seus entes com sofrimento psíquico, mas referiram tais desejos como inapropriados.

Uma transformação cultural e política na vida dessas famílias foi o redirecionamento da assistência em Saúde Mental. No Brasil, a partir do século XIX, a história da psiquiatria é também de um processo de asilamento e medicalização social³³. A partir do final da década de 1970, quando a ideia do cuidado em liberdade é iniciada como uma perspectiva prática, evidenciou-se o desafio de conviver com a loucura em suas casas e comunidades. Desde então, uma das importantes ações dos serviços de atenção psicossocial também deve ser o apoio aos familiares em como lidar com o sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica brasileira se configurou a partir das quatro dimensões, referidas por Yasui¹³: sociocultural, política, epistemológica e técnico-assistencial. Constantemente imbricadas e em contínua

transformação, possibilitam o surgimento de novas crenças, valores, práticas e conhecimentos de como lidar com o sofrimento psíquico, com os quais os familiares passaram a entrar em contato. Para alguns, o conflito entre internar e cuidar é ainda muito constante, porque, mesmo que exista um novo aspecto em relação ao cuidado com a loucura, estamos diante de uma transição, em que algumas redes de cuidado possuem a internação psiquiátrica como posição central do cuidado.

A religião envolve cultura, moral, valores e crenças, e foi muito citada pelos familiares como uma forma de aliviarem seu sofrimento frente aos conflitos cotidianos. A valorização da fé e da esperança confere às pessoas uma forma de se restabelecerem plenamente depois de dificuldades, em decorrência de as pregações servirem de amparo para persistirem nessa caminhada junto ao sofrimento psíquico.

“Não tá me complicando tanto porque me pego com Deus. Entendeu? Ele que me dá força. Se não fosse Deus, eu nem taria aguentando tudo isso”. (F4, mulher, 34 anos)

Essa aproximação dos familiares com a religião indica que a recuperação do sofrimento envolve apoio dos outros³¹. Stein et al.¹⁷ refere que os familiares tendem a ter mais consideração por quem lhes oferece apoio emocional. Consequentemente, seria importante que os serviços substitutivos de saúde mental buscassem dar atenção aos laços constituídos com os familiares e ressignificá-los, se necessário. Assim, como compreender quais pessoas estão inseridas no círculo familiar dos usuários.

A partir dos trabalhos basaglianos, a atenção psicossocial pode ser entendida como cuidar sem a busca da cura, uma vez que o foco são as relações e a complexidade da vida humana. Não se persegue a linearidade (problema-cura), e sim um mundo de uma pessoa que pode ser descoberto; e, ao se desvendar esse mundo, é possível criar um processo que seja de fato terapêutico. “O problema não é a cura, mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivências dispersas”²³ (p. 30).

Ao serem consideradas, as diversas dimensões do sujeito promovem intervenções que reduzem o sofrimento e estimulam a retomada de vida¹⁴. Dessa maneira, ao trabalhar com a perspectiva da desinstitucionalização, o trabalho terapêutico é voltado para a reconstituição de pessoas, como sujeitos de suas histórias. E, neste modo de trabalhar, descobre-se que cuidar significa ocupar-se de alguém e possibilitar a transformação dos modos de viver e sentir o sofrimento, ao mesmo tempo em que haja mudança concreta e cotidiana de sua vida. Assim, o que se busca para usuários e familiares é uma existência mais rica em recursos, possibilidades e experiências. E, também, uma existência de mudanças contínuas, feitas de encontros diversos que vão ampliando suas trocas sociais e reduzindo o peso do sofrimento.

Considerações finais

Pode-se concluir como a participação da família no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico é fundamental na atenção psicossocial. Contudo, a maioria dos familiares desconhece a importância de sua participação e como pode ativar laços com dispositivos sociais apoiadores no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. Em razão disso, fica evidente como o envolvimento desses familiares com a rede de saúde mental é limitado.

O cuidado tem como potencialidade a expansão de relações para transformar modos de viver. A família é um meio de constante mudança de ligações afetivas e sociais, com o qual o campo da Saúde Mental tem o desafio da aproximação. Tal contato se mostra importante para acolher as complexas dimensões do sofrimento desses familiares, por meio: da escuta, de atividades grupais e do entendimento de sua dinâmica vivencial.

O encontro da família com o serviço traz a possibilidade de criação de espaços onde se podem tecer laços rompedores de linearidades e reducionismos da vida. Os avanços na política de saúde mental dependem desta (re)ativação dos encontros permeados pela implicação com o sujeito e a perspectiva da desinstitucionalização.

Colaboradores

A autora Bárbara Souza Rodriguez Covelo delineou o artigo, no qual apresenta dados derivados das pesquisas, experiências práticas e monografia orientadas pela Prof^a. Dr^a. Maria Inês Badaró Moreira. Ambas as autoras participaram da discussão sobre estrutura e redação do artigo. A orientadora efetuou revisão crítica e fez sugestão à redação do manuscrito.

Referências

1. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 55-9.
2. Melman J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 2a ed. São Paulo: Escrituras; 2002.
3. Moreno V, Alencastre MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2003 [acesso 2014 Mar 20]; 37(2):43-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342003000200006>
4. Silva G, Santos MA. Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato. *Psicol Estud* [Internet]. 2009 [acesso 2014 Mar 15]; 4(1):83-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100011&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000100011>
5. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso 2014 Fev 28]; 20(4):1209-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>
6. Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso 2013 Nov 5]; 45(2):442-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>
7. Cardoso L, Galera SAF, Vieira MV. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2013 Maio 14]; 25(4):517-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400006>
8. Van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ. The relationship between mental health workers and family members. *Pat Educ Couns*. 2010; 80(1):120-5.
9. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
10. Vasconcelos EM, organizador. *Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec; 2008. v. 2.
11. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 23 Dez 2011.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília (DF): SAS; 2004.

13. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): SAS; 2013.
15. Silva CRC, Mendes R, Nakamura E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. Saude Soc [Internet]. 2012 [acesso 2014 Nov 12]; 21(1):33-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100005&lng=en&nrm=iso> <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100005>
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Brasil: Editora 70; 1977.
17. Stein CH, Aguirre R, Hunt MG. Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents: a family perspective. Psychiatr Rehabil J. 2013; 36(1):15-21.
18. Ildstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the nord-trondelag health study. BMC Public Health [Internet]. 2010 [acesso 2013 Abr 31]; 10(516):[cerca de 7p]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/516>> <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-516>
19. Moreno V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [acesso 2013 Out 7]; 43(3):566-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300010>
20. Badaró-Moreira MI, Andrade AN. Ouvindo Loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. Psic Saude Doença. 2003; 4(2):249-66.
21. Camatta MW, Schneider JF. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. Esc Anna Nery [Internet]. 2009 [acesso 2013 Mar 16]; 13(3):477-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300004>
22. Basaglia F. Um problema da psiquiatria institucional - a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 35-59.
23. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.
24. Parker R, Leggatt M, Crowe J. Public interest and private concern: the role of family carers for people suffering mental illness in the twenty first century. Australas Psychiatr. 2010; 18(2):163-6.
25. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. Barbarói [Internet]. 2011 [acesso 2013 Mar 14]; (34):146-60. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>
26. Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [acesso 2013 Mai 25]; 64(1):47-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100007>

27. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich Janaina JQ, Souza AS, et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [acesso 2014 Fev 18]; 18(1):131-9. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100016>
28. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 2014 Mai 20]; 42(1):127-34. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100017>
29. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 13-150.
30. Aires M, Roos CM, Gonçalves AVF, Schneider JF, Olschowsky A. Ações em saúde mental às famílias nos diferentes contextos de trabalho: revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2014 Mar 6]; 31(3):567-74. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000300023>
31. Cassel E. The nature of suffering. In: Cassel E, organizador. *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press; 1991. p. 30-47.
32. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 2013 Abr 30]; 17(4):680-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400008>
33. Amarante P. Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 73-81.

Covelo BSR, Badaró-Moreira MI. Los lazos entre la familia y los servicios de Salud Mental: la participación de los familiares en el cuidado del sufrimiento psíquico. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1133-44.

Se discute la participación de los familiares en el cuidado del sufrimiento psíquico por medio de observación participativa y de entrevistas. Fue posible constituir un cuerpo analítico de como las dimensiones del cuidado y del sufrimiento se constituyen en el ámbito familiar. Los datos se trataron mediante el análisis de contenido. Los familiares relatan falta de tiempo y espacios en los que puedan cuidarse, generando incomodidad ante la presencia del sufrimiento psíquico en sus vidas. Se señala una red territorial de cuidados como un apoyo a los familiares, considerados importantes actores para el plan de cuidados. Ellos presenta demandas de hablar sobre sus sufrimientos coitadnos, sin embargo los servicios de salud no presentan estrategias para atraer su participación lo que dificulta los avances en la desinstitucionalización. Los momentos de escucha y de comprensión del sufrimiento familiar se presentan como formas de acogida y cuidado.

Palabras clave: Salud mental. Familia. Atención psicossocial. Redes.

Recebido em 01/07/14. Aprovado em 23/06/15.

Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil

Claudia Mora^(a)
 Simone Monteiro^(b)
 Carlos Otávio Fiúza Moreira^(c)

Mora C, Monteiro S, Moreira COF. Education, practices and paths of counselors at HIV testing centers in Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1145-56.

Given the importance of counseling in HIV testing, we analyzed the institutional guidelines, the competencies encouraged during counselors' professional training and these counselors' knowledge and practices. This was a qualitative study based on document analysis, observation and interviews with counselors at HIV testing and counseling centers in the state of Rio de Janeiro. Bourdieu's theory was the foundation for the analysis. It was shown that counselors' professional habitus is produced by the connections between trainings, undergraduate experiences and personal interests and experiences. Putting competencies such as active listening into operation is limited by the routine within the services and lack of opportunities for reflection. In order to improve counseling practices, it is important to develop competencies within training, maintain the inservice education and make adjustments to healthcare service routine. These arrangements may strengthen the transition from guidelines to action and enhance the management and organization of the testing and counseling centers.

Keywords: Counseling. HIV. Sociology. Professional education. Competency-based education.

Perante a importância do aconselhamento na testagem anti-HIV, analisamos as diretrizes institucionais, as competências privilegiadas no treinamento profissional e os saberes/práticas de aconselhadores. Trata-se de estudo qualitativo centrado na análise documental, observação e entrevista com aconselhadores de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado do Rio de Janeiro. A análise foi orientada pela teoria de Pierre Bourdieu. Foi evidenciado que o habitus profissional dos treinamentos, da graduação e de experiências e interesses pessoais. A operacionalização de competências, como a escuta ativa, é limitada pela rotina dos serviços e escassez de espaços de reflexão. Para incrementar a prática do aconselhamento, é importante desenvolver competências no treinamento, manter a educação continuada e fazer adequações na rotina do serviço. Tais ajustes podem fortalecer a passagem das diretrizes à ação e o aprimoramento da organização e gestão dos CTA.

Palavras-chave: Aconselhamento. HIV. Sociologia. Capacitação profissional. Educação baseada em competências.

^(a) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rua São Francisco Xavier, 524, Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20550-013. claudiamoraca@hotmail.com

^(b) Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). monteiro.simone.fiocruz@gmail.com

^(c) Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. otavio@ensp.fiocruz.br

Introdução

Ao longo das quatro décadas da epidemia de Aids, a oferta de aconselhamento e testagem voluntária tem sido amplamente recomendada no âmbito internacional, por promover adoção de cuidados para: evitar a transmissão do HIV, permitir o início oportuno do tratamento e oferecer acompanhamento aos familiares e parceiros das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Apesar dos limites para avaliar o seu impacto e efetividade, decorrentes das múltiplas formas de oferta da estratégia, sua contribuição é valorizada pelos benefícios na prevenção e garantia de suporte psicossocial no enfrentamento das implicações da testagem^{1,2}.

A técnica psicológica do aconselhamento, desenvolvida pela escola humanista, foi incorporada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde e dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Comparado com o referencial da mudança comportamental, tal perspectiva imprimiu um caráter intersubjetivo à prática, estimulando a expressão de sentimentos por parte do usuário e a menor diretividade por parte do profissional³.

No Brasil, o aconselhamento em DST/Aids, inicialmente, foi promovido pelas ONGs Aids em meados da década de 1980, haja vista sua capacidade propositiva no plano das estratégias e ações de cuidado e prevenção⁴. A partir de 1988, no contexto da reforma constitucional, da conformação do SUS e da luta da sociedade civil organizada, a oferta de aconselhamento e testagem anti-HIV integrou a resposta à epidemia⁵.

Em meados da década de 1990, em virtude do acesso à terapia antirretroviral (TARV), o sentido do aconselhamento se deslocou do plano assistencial para ações de prevenção e detecção do HIV. Tal enfoque foi impulsionado pela criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) sob os princípios da confidencialidade, o consentimento informado e o aconselhamento⁵. Atualmente, existem no país 515 unidades distribuídas nas cinco regiões, que contam com aconselhadores, sobretudo, com curso de enfermagem, psicologia e serviço social; ou técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de laboratório, agentes comunitários de saúde e redutores de danos⁶.

Um dos grandes desafios da operacionalização do aconselhamento em DST/Aids diz respeito ao predomínio do enfoque informativo e à invisibilidade do componente emocional^{7,8}. Ademais, as abordagens de aspectos sociais, como os valores e regras culturais, as visões do gênero e da sexualidade e o conhecimento dos direitos civis, são dificilmente apreendidos por manuais ou processos normatizadores⁸⁻¹⁰. Frente ao quadro de heterogeneidade na prática e da necessidade de adensar os saberes técnicos, vários autores sugerem melhorar o embasamento teórico e os processos de formação dos aconselhadores, incluindo as articulações entre teoria e prática¹¹⁻¹³.

Tendo em vista os investimentos na ampliação da testagem e a manutenção do aconselhamento como estratégia preventiva fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa na última década no país, cabe refletir sobre a formação das equipes dos CTA e suas relações com a prática em si mesma. O presente estudo objetivou contribuir para essa discussão por meio da análise dos processos educacionais específicos para a formação de aconselhadores em DST/Aids, e das trajetórias de um grupo desses trabalhadores que atuam nos CTA do estado do Rio de Janeiro.

O recorte teórico-metodológico da pesquisa foi norteado pela perspectiva *praxiológica*, na qual a formação para as práticas abrange processos formais de ensino e a experiência profissional, e não apenas uma *consagração* das posições dominantes dos agentes detentores de um determinado saber-fazer. O desdobramento da noção de *habitus*¹⁴ acerca da questão profissional reforça o pressuposto de que o trânsito dos agentes por distintos campos do espaço social (lazer, esportes, vida familiar etc.) se reflete nas práticas profissionais¹⁵.

Como assinalado por Perrenoud¹⁶, as competências profissionais resultam da apropriação de saberes convencionais (acadêmicos, científicos, técnicos), próprios da profissão. Mais, a conformação de *habitus profissionais* mobiliza saberes declarativos e procedimentais – não derivados da ciência e da técnica – que garantem a eficácia das ações. Outras leituras construtivistas acerca do desenvolvimento de competências e habilidades profissionais igualmente argumentam que as práticas profissionais se constituem pela via dos processos formais de ensino e de outros processos de socialização^{17,18}.

Metodologia

Tendo por base o referencial teórico de Bourdieu¹⁴, considera-se que a gênese da ação deriva dos processos socializadores vivenciados pelos agentes, que se incorporam na forma de disposições ou *habitus*. Sob esse olhar, a categoria *trajetória social* é definida pela conformação dos campos e pela formação e expressão dos *habitus*, a partir de um corpus documental e de narrativas capazes de ilustrar as estratégias, embates, percursos e forças intervenientes na legitimação dos grupos sociais¹⁹.

Com o propósito de descrever as situações em que os *habitus* dos agentes são construídos, atualizados e, inclusive, contra-socializados²⁰, a pesquisa, de cunho qualitativo, envolveu estratégias metodológicas complementares, quais sejam: análise documental, observação participante e entrevistas semiestruturadas. Identificada como um estudo de caso, centrado na descrição e análise dos contextos e processos relativos a uma intervenção e a um cenário de ação em transformação²¹, a investigação foi desenvolvida em três etapas.

Na primeira, realizou-se a análise dos documentos de referência da prática do aconselhamento em DST/Aids no Brasil, selecionados a partir das referências apontadas nas entrevistas com gestores e aconselhadores e no acervo disponível no site do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

A segunda envolveu a observação participante de três treinamentos (capacitações) em aconselhamento para profissionais que atuavam em unidades do Programa Saúde da Família, policlínicas, CTA, maternidades etc., e do encontro anual de CTA do estado do Rio de Janeiro. Foram também realizadas entrevistas com gestores da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, responsáveis pela assessoria técnica e formação sobre aconselhamento em DST/Aids.

Na terceira etapa, foram feitas entrevistas individuais com vinte aconselhadores de sete CTA do estado do Rio de Janeiro, sobre as características da prática na rotina do serviço, trajetória profissional e visões sobre a Aids e a sexualidade. A maioria dos aconselhadores havia participado de uma capacitação inicial quando ingressaram nos CTA; ademais, uma quarta parte havia participado do treinamento ofertado pela Secretaria Estadual de Saúde. Buscou-se abordar um grupo heterogêneo, caracterizado por 17 mulheres e três homens, com formações e tempos de serviço diversos: enfermagem (seis), psicologia (quatro), técnico de enfermagem (quatro), serviço social (três), fisioterapia (um), farmácia (um) e sociologia (um).

A organização e interpretação do corpus seguiu o método de análise de conteúdo na vertente da análise temática²². O material foi lido repetidamente para criar familiaridade com os conteúdos; em seguida, as narrativas das entrevistas foram classificadas por unidades temáticas, para, finalmente, se extraírem as categorias empíricas do estudo e se analisar o corpus.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O trabalho de campo ocorreu entre outubro de 2011 e dezembro de 2012.

Resultados e discussão

Para compreender as relações entre as recomendações institucionais, formais ou oficiais, os processos de formação e as práticas de aconselhamento em DST/Aids, será apresentado o conteúdo dos documentos de referência relativo às competências e habilidades esperadas do aconselhador, seguido da descrição das atividades e temas abordados nos processos de capacitação. Por fim, são analisadas as disposições dos aconselhadores para as práticas, decorrentes dos processos de socialização profissional e em outros âmbitos.

Competências dos aconselhadores em DST/Aids nas diretrizes nacionais

Foi identificado que as atividades dos profissionais dos CTA não se circunscrevem apenas à prática do aconselhamento. As Diretrizes dos CTA^{5,23} incluem atividades internas e interinstitucionais,

como por exemplo: organização de ações educativas, planejamento do serviço (insumos, identificação da população etc.), articulação com a rede (unidades básicas de saúde, saúde mental, Serviços de Atendimento Especializado – SAE), notificação para vigilância epidemiológica e realização de capacitações para outros serviços.

As competências para o acolhimento, a escuta e a comunicação, contempladas nas diretrizes, dizem respeito ao princípio da integralidade nas ações em saúde e convergem com o espírito inicial dos CTA: oferecer um atendimento não apenas atento aos aspectos biofisiológicos, mas às questões emocionais, familiares, sociais, culturais e políticas dos usuários⁵.

A análise sugere uma convergência entre o desempenho esperado dos profissionais e as competências transversais preconizadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os 14 cursos de nível Superior de graduação na saúde^(d), quais sejam: Atenção à saúde, Tomada de decisões, Comunicação, Liderança, Administração e Gerenciamento, e Educação permanente. A tendência atual dos processos de formação profissional no país é desenvolver e avaliar as competências dos egressos com base nesses elementos dos perfis profissionais¹⁸.

As atividades dos CTA exigem a mobilização de várias dessas competências, como é o caso da comunicação, relevante para o desenho de material informativo e a elaboração de discursos significativos, ao público jovem, sobre sexualidade e saúde sexual, segundo os entrevistados. No entanto, a avaliação do desempenho dos mesmos ainda não se aproxima desse referencial, posto que os mecanismos de avaliação, bem como as orientações para gerar espaços de reflexão acerca das práticas são pouco desenvolvidos⁸.

Quanto às recomendações para o aconselhamento, a 'escuta ativa' dos sentimentos, atitudes e valores dos sujeitos relativos ao diagnóstico de DST e HIV constitui o norte de três documentos complementares: Manual de treinamento em aconselhamento em DST, HIV e Aids²⁴, Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos²⁵ e Diretrizes dos CTA^{5,23}. Esses desempenhos envolvem, segundo a demanda do usuário, o uso de saberes convencionais, especialmente sobre as DST e suas formas de prevenção, e procedimentais, como a comunicação e a empatia. Entretanto, a incorporação da Abordagem Centrada na Pessoa e da escuta ativa nos serviços de saúde apresenta entraves devido à força das rotinas institucionais, somados à escassez de ferramentas técnicas e de disposições dos profissionais para acolher as demandas relativas à saúde sexual. Essas falências são ilustradas por pesquisas com foco no público masculino homossexual²⁶, e nos cenários de oferta da testagem na atenção básica²⁷ e nas maternidades²⁸.

Nos CTA, a incorporação de um formulário de avaliação de riscos na prática do aconselhamento traz alguns empecilhos para 'acolher a subjetividade dos usuários', como reforçado no Manual simplificado em aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica²⁹. Souza et al.³⁰ assinalam que as questões do instrumento, em muitos casos, não condizem com o contexto dos usuários, além de considerá-lo invasivo. Monteiro et al.³¹, por sua vez, notam o pouco espaço que resta para abordar aspectos caros a uma visão compreensiva da prevenção das DST/Aids, como os significados e a diversidade das experiências sexuais dos sujeitos. Adicionalmente, Pupo e Ayres¹³ notam a concorrência de duas racionalidades na prática analisada: os aconselhadores precisam contemplar a demanda dos usuários e as metas em saúde pública acerca das DST/Aids. Segundo os autores, faz-se necessário garantir que o aconselhamento aborde os aspectos afetivo-emocionais e socioculturais do contexto dos usuários para auxiliá-los na resolução de seus objetivos singulares.

^(d) As diretrizes das profissões da saúde foram publicadas a partir do ano 2000 (cursos: medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, veterinária, química, serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, biologia, biomedicina e fonoaudiologia).

Em 2010, o Ministério da Saúde³² divulgou um documento que atualiza as diretrizes para o aconselhamento, redefinido como:

Uma abordagem onde o usuário é estimulado a expressar o que sabe, pensa e sente acerca das DST/Aids e o profissional de saúde, ao escutá-lo pode contribuir para a avaliação de suas vulnerabilidades e para a identificação de medidas preventivas, segundo as possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento. (p. 8)

Este conceito amplia as perspectivas de instrumentalização da abordagem da vulnerabilidade no aconselhamento ao fortalecer duas ações interdependentes: a análise dos aspectos individuais, sociais e programáticos que constroem a situação dos usuários, e o desenvolvimento do diálogo sob uma abordagem construtivista, que favoreça sua capacidade de resposta enquanto sujeitos de direitos. Entretanto, como se retratará a seguir, existem desafios programáticos relativos aos processos de formação com ênfase nessa abordagem.

Formação para o aconselhamento em DST/Aids: temas e práticas

Segundo depoimento dos gestores da Gerência Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro, desde o início dos anos 2000 a equipe da área de prevenção organiza os treinamentos para os novos aconselhadores em DST/Aids do estado. Ademais, em razão das condições estruturais a serem equacionadas para alcançar as metas institucionais, como a redução no tempo dos treinamentos (antigamente de quarenta horas) e do desequilíbrio entre o tamanho da referida equipe (três integrantes) e a quantidade de municípios do estado (92), tem-se estimulado a assessoria de grupos de referência regionais para os treinamentos.

Quanto ao contexto programático mais amplo no qual se inserem os CTA, cabe lembrar que o processo de descentralização e municipalização das ações de prevenção e assistência à Aids, ocorrido na última década, trouxe consequências no nível local, como, por exemplo: a redução dos recursos humanos nas equipes técnicas, a menor atenção aos grupos mais vulneráveis e o enfraquecimento do apoio das ONGs³³.

No encontro anual dos CTA em 2011, os atores das esferas municipal e estadual expressaram que, por conta da multiplicidade na organização dos serviços de saúde e da rotatividade dos recursos humanos, a formação dos aconselhadores comportava, pelo menos, duas opções: 1) Treinamentos teórico-práticos, que dependem da demanda dos programas municipais de DST/Aids; 2) Treinamentos baseados na observação de pares e supervisão, que são organizados pelos próprios serviços. Devido às variações no tempo de atuação nos CTA, entre um e vinte anos, os aconselhadores passaram por, pelo menos, uma das modalidades de socialização para a prática. Já os mais antigos relataram ter participado nos processos de formação anteriores à disponibilização da TARV, além da estruturação dos programas e serviços de prevenção das DST/Aids dos municípios estudados.

As três capacitações observadas integravam a estratégia de implementação dos testes rápidos para diagnóstico do HIV e para triagem de sífilis e Hepatites B e C, nos quais dois dias eram dedicados às tecnologias diagnósticas e um ao aconselhamento. Esses treinamentos ocupavam um espaço importante na agenda institucional, trazendo novos desafios aos profissionais de distintos serviços, dos quais se espera o uso adequado dos testes e, ao mesmo tempo, a adoção de uma postura dialógica junto ao usuário, como preconizado nas recomendações nacionais.

O treinamento, organizado pela Gerência Estadual, tem por base documentos de referência para o aconselhamento no país e visa reconstruir os conhecimentos e habilidades relativos à prática e explorar as construções subjetivas acerca das DST/Aids a partir de cinco eixos: 1) Informações sobre DST/Aids; 2) Questões éticas (mitos e tabus sobre sexualidade); 3) Interação, estabelecimento de relações de confiança e escuta; 4) Discussão de casos; 5) Síntese do conceito de aconselhamento.

No início, os participantes, em boa parte mulheres e com formação em enfermagem, eram convidados a explicitar suas expectativas em relação ao treinamento. Algumas se relacionavam com a interação com os usuários, como por exemplo: aprender a comunicar o resultado positivo, no sentido

de saber “como falar, abraçar, encaminhar e lidar com sentimentos de angústia”. Outros participantes destacaram “o cuidado e a escuta”. Aspectos técnicos da testagem rápida, especialmente a leitura do resultado, também geravam inquietações.

As expectativas perante a entrega dos resultados podem estar relacionadas não apenas à mobilização de representações ligadas à Aids, mas ao vácuo na formação dos *habitus profissionais* para abordar os aspectos psicossociais na atenção em saúde. Uma pesquisa etnográfica acerca da formação médica³⁴ ajuda a compreender como o cultivo do *habitus profissional* é atravessado pela tensão estruturante entre o saber e o sentir, que implica a separação entre os aspectos científico-rationais e os afetivo-sociais. Essa matriz pode prevalecer nas distintas áreas de atuação no campo da saúde, imprimindo, nos processos de formação profissional, uma omissão ou minimização das oportunidades para se compreenderem os aspectos psicossociais que perpassam a relação com os usuários, como sinalizado por Paiva³⁵. A despeito de as reformas curriculares pós-DCN no Brasil proporem transformações no ensino nos cursos da área da saúde, as mudanças nas práticas de ensino são um processo gradual, com resultados a médio e longo prazo³⁶.

No que tange aos componentes do aconselhamento recriados nos treinamentos, as observações das atividades evidenciam o modo como competências e atitudes são reforçadas ou atualizadas na interação entre pares. Em uma atividade de discussão de situações de aconselhamento para o HIV e outras DST, enquanto alguns participantes encenavam o caso analisado, os facilitadores introduziam pausas para discutir os conteúdos e atitudes abordados ou ignorados pelos atores.

As reflexões dos participantes revelam compreensões distintas acerca da condução da situação. Por exemplo, o profissional que interpreta o papel do usuário percebe que a aparente abordagem ‘diretiva e julgadora’ dificulta o acolhimento, enquanto os observadores atentam para o não-retorno do usuário decorrente dessa abordagem e para a postura corporal na comunicação do resultado.

Como contraponto, em outra atividade sobre as ações essenciais do aconselhamento, a capacidade de explorar as chances de exposição às DST/Aids era acionada invariavelmente pelos participantes. Ou seja, o componente da avaliação de risco com base nas práticas sexuais, no uso do preservativo etc., parecia ter sido incorporado previamente e de modo homogêneo.

As observações das atividades corroboram o pressuposto de que, nas competências para as práticas sociais, as experiências significativas tendem a ser mais duráveis ao se inscreverem na memória do corpo dos agentes, quando comparado à força das experiências ou discursos posteriores menos incorporados à estrutura do *habitus*³⁷. Ainda nessa direção, Moreno³⁸ aponta a influência da formação profissional na abordagem do aconselhador, podendo ser ora prescritiva ora construtiva, destacando a importância das capacitações periódicas com foco na escuta do usuário e nas demandas dos profissionais.

Tendo em vista os limites de tempo para discutir, em profundidade, todos os assuntos levantados nas atividades, os organizadores destacam o princípio da integralidade como meio e a produção de saúde como fim das práticas de aconselhamento e testagem em DST/Aids. Igualmente, é relativizado o fato de não haver uma forma padronizada para se realizarem as práticas, na medida em que estas emergem de uma sutil combinação de contexto, ‘estruturas estruturadas’ (*habitus*) e ação.

Após esse treinamento inicial, os espaços para refletirem e renovarem os conceitos e as práticas costumam ocorrer: nos encontros dos CTA do estado, nas reuniões de equipe e, por vezes, na participação em eventos, especialmente sobre Aids, prevenção e educação. Contudo, os entrevistados revelaram que as oportunidades para participar nestes últimos vêm diminuindo nos últimos anos.

Reconstrução das posições no campo da saúde e disposições para as práticas no universo pesquisado

Os relatos acerca da redução do espaço físico dos CTA, particularmente aqueles inseridos em unidades de saúde que albergam distintos setores, apontam para as tensões que os agentes vivenciam devido às singularidades do serviço, especialmente pelas imprecisões na quantificação de seus resultados.

(e) Daqui em diante as narrativas citadas levam nomes fictícios e, a fim de ilustrar a diversidade do grupo pesquisado, é informada a formação profissional.

As narrativas evidenciaram a persistência da visão hierárquica entre categorias profissionais, que gera uma distinção entre práticas tidas ora como essenciais ora periféricas; integrantes de um mesmo CTA ilustram tal percepção^(e):

“A prevenção às vezes fica um pouquinho de lado, eles (os gestores) dão mais assistência à assistência”. (Creuza, assistente social)

“O CTA tem uma função muito importante na saúde, na prevenção e na atenção. É o CTA que indica, que consegue chegar até o usuário e falar claramente, agora tem que ter a continuidade no SAE ou nas outras unidades, porque as pessoas que fazem o teste aqui vão voltar para suas unidades, mas eu não vejo isso. Eu trabalhei num hospital e é muito difícil, os médicos não falam e quando têm um resultado você vê que eles procuram: ‘vá falar com a assistente social para ver aonde é que você vai’. Às vezes não dão nem o resultado, às vezes não querem solicitar o teste”. (Cristina, assistente social)

A subestimação das ações de cunho psicossocial tem relação com a persistência das representações ancoradas no paradigma biomédico, que atribui um valor diferenciado ao diagnóstico e aos conhecimentos especializados³⁴. Além disso, as transformações na produção do cuidado em saúde, na qual a produtividade e o uso de tecnologias duras têm um lugar privilegiado³⁹, podem contribuir para a percepção dos informantes da ausência de reconhecimento dos CTA e do aconselhamento, caracterizado como uma tecnologia leve ou relacional.

Por outra parte, as manifestações de reconhecimento por parte dos usuários devido às informações ou esclarecimentos fornecidos foram expressivas. O retorno dos usuários pelo ‘respeito’ e ‘bom trato’ suscita comparações positivas entre o CTA e outros serviços, tanto da rede pública quanto particular, como vocalizado por Carmen (farmacêutica), para quem um usuário comentou: “Isso aqui nem parece que é SUS, você parece estar num outro mundo”, ao qual ela respondeu: “É o SUS todo é que tem que ser assim!”.

O interesse do grupo em ampliar seu capital simbólico motivou mais da metade a realizar cursos de especialização ou uma segunda formação profissional, para além dos treinamentos já descritos. Segundo relatado, no contexto desses cursos, os aconselhadores analisaram assuntos como: a feminização da Aids, a assistência aos casais sorodiscordantes, a Aids e a cidadania, entre outros.

As narrativas do grupo acerca das motivações para continuar no CTA apontam para a satisfação pelo papel desempenhado, em razão de promover a diminuição de novas infecções e atestar a recuperação da saúde dos usuários soropositivos. O mais próximo de um indicador de sucesso do aconselhamento para os profissionais é o retorno dos usuários para buscarem preservativos ou a adesão à TARV, verificável quando há comunicação direta entre o CTA e os serviços de referência. Uma revisão da literatura sobre a estratégia de testagem e aconselhamento destaca a necessidade da ampliação dos critérios de avaliação da estratégia para além das mudanças comportamentais, isto é, para seus benefícios individuais e coletivos em médio e longo prazo⁴⁰.

Seguindo as hipóteses relativas à formação do *habitus profissional* na perspectiva *praxiológica*, cabe ilustrar a visão dos agentes acerca do desenvolvimento, nas suas trajetórias, de disposições para o aconselhamento. Os elementos considerados mais significativos na construção e atualização do *habitus* variam segundo a formação profissional de base, mas, também, dos

aprendizados decorrentes de estágios e dos interesses cultivados ao longo da experiência profissional. Esses interesses colaboram para a ampliação da perspectiva da prevenção para além da dimensão biológica, como no caso de Antônio (enfermeiro), para quem o desempenho na área da saúde mental o tornou sensível à escuta, o que contribui para a referência dos usuários com demandas relativas aos serviços psicológicos.

Em relação à mobilização de saberes para a realização do aconselhamento, é relevante lembrar que a maioria dos entrevistados relatou que, a partir do seu ingresso no CTA, procurou se informar mais sobre as DST/Aids. A exploração desses saberes passou pelas implicações clínicas e sociais da Aids na trajetória de Rosa (técnica de enfermagem e assistente social). No fim da década de 1990, em um contexto de resistência dos profissionais frente à assistência de PVHA, ela integrou-se às ações impulsionadas por um médico da mesma unidade na qual atuava. Além das discussões de material científico sobre o tema, os aprendizados de Rosa resultaram das atividades desenvolvidas junto às famílias e amigos dos soropositivos, somados às ferramentas adquiridas em um curso de especialização na área social.

Em relação à transferência de disposições originadas no âmbito pessoal, foram feitas poucas inferências, em parte porque as narrativas integravam ambas as dimensões, a pessoal e a profissional. Duas psicólogas ilustram essa tendência. Ana atribui à atitude de se “colocar no lugar dos outros” às relações familiares e às suas reflexões sobre o impacto do preconceito no cuidado da saúde, a partir de experiências pessoais de adoecimento e dos relatos dos usuários com práticas homossexuais. Segundo Maria, a abordagem da sexualidade está presente no seu agir na casa e no trabalho:

“A área de Aids envolve a parte mais importante para a população: sexo. Tem gente que me acha muito escrachada, porque eu falo de sexo, não sei se por conta daqui (CTA) ou da psicologia, ou por conta de mim mesma, eu falo de sexo aberto. Meu filho quando começou a ficar adolescente, deixei camisinha na gavetinha dele. Mãe: que é isso? Para a hora que você precisar”.

No que tange à relevância dos processos de capacitação para o aconselhamento, os relatos apontaram para uma dinâmica bidirecional entre a experiência decorrente das situações vividas no serviço e as ferramentas apreendidas nos espaços de formação. A participação nos treinamentos teórico-práticos e a observação de pares parecem contribuir de modo consistente para a incorporação dos aspectos estruturais da prática. Andrea, formada em enfermagem e com experiência na atenção básica, participou da organização de um CTA tendo como referente o acompanhamento das atividades de um serviço homólogo. Após a inauguração do serviço, participou de um treinamento formal para o aconselhamento, o que representou um estímulo para integrar os saberes de referência acerca da organização do CTA e do aconselhamento (recomendações, manuais, apostilhas, etc.), e o saber-fazer decorrente das práticas cotidianas. Entretanto, Rita (técnica de enfermagem e assistente social) revela os limites das capacitações em relação à passagem para a prática; apesar de sua relevância técnica, ela aponta que sua disposição pessoal foi relevante:

“Saber se eu ia conseguir lidar com essas pessoas eu não sabia, mas eu acho que por ter feito serviço social eu me interessei, fiz o curso e vamos tentar! Comecei a fazer o aconselhamento, não vou dizer para você que foi fácil. Você entregar um resultado positivo. Apesar de ter feito aquele treinamento eu precisei reunir todas as minhas forças. Ter alguma reflexão sobre aquilo para estar fazendo”.

Ainda nesta direção, foi observado que representações e atitudes para as práticas podem ser reconstruídas a partir da experiência do aconselhamento no CTA. As narrativas indicam como as implicações sociais da Aids, percebidas no atendimento, transformam positivamente as visões dos profissionais sobre assuntos como o preconceito e a diversidade sexual; ademais, colaboram na compreensão dos entraves e benefícios da rede de assistência às PVHA.

Com base nas narrativas do grupo, considera-se que os treinamentos baseados na observação de pares estimulam a mobilização de saberes e habilidades para desenvolver uma abordagem própria e constatar a diversidade de demandas do público. Cabe salientar a complementaridade de ambos os modos de treinamento e seus limites em termos de aprofundamento acerca da dimensão social da Aids e sua abordagem nas práticas, como: o preconceito e o estigma^{26,41}, as experiências sexuais³¹, e a dimensão subjetiva do aconselhamento^{10,38}.

Considerações finais

Por meio da análise das diretrizes institucionais, da observação dos processos de formação (treinamento) e da operacionalização do construto *habitus profissional*, foi possível identificar os modos como as disposições dos aconselhadores, decorrentes dos processos de socialização, convergem em maior ou menor grau com competências fundamentais ao aconselhamento, como a escuta ativa.

Tal enfoque objetiva demonstrar que a incorporação da abordagem das competências pode contribuir nos processos de formação, monitoramento e avaliação expressos nos documentos de referência. Na perspectiva da Noção Integrada de Competência, a flexibilidade na execução de uma prática profissional não inviabiliza uma avaliação objetiva da mesma¹⁷. Desse modo, vislumbra-se que a prática do aconselhamento em DST/Aids, alicerçada por um conjunto de habilidades de distinta ordem (cognitivas, atitudinais, comunicativas), pode ser qualificada, ainda, reconhecendo as variações entre categorias profissionais e interpessoais.

A análise realizada dos processos estruturantes da prática evidencia uma articulação entre o saber e o saber-fazer na fase inicial dos profissionais nos serviços de prevenção. Neste sentido, a atualização das práticas a partir da Educação Permanente em Saúde, que dimensiona os processos de trabalho como espaços de aprendizagem e de produção de conhecimento na prática e pela prática, parece necessária e oportuna⁴². Este desafio, válido para o campo da saúde em sentido amplo, é justificado pela complexidade das práticas de aconselhamento, em termos da passagem dos princípios à ação, pela dimensão subjetiva em jogo nas interações profissional-usuário e pelo potencial de aprimoramento da organização e gestão dos serviços.

Dado que as práticas cotidianas são atravessadas por situações que fogem do escopo e finalidade dos manuais e processos de capacitação para o aconselhamento, o desafio de sintonizar os processos de formação e os processos de trabalho pode ser assumido por meio de processos de educação permanente com foco nos profissionais e nos contextos institucionais nos quais a prática acontece. Quanto aos aconselhadores em DST/Aids, que atuam nos distintos serviços do SUS, cabe aprimorar as competências esperadas dos mesmos e a operacionalização dos princípios da confidencialidade, o aconselhamento e o consentimento informado. Em relação aos aconselhadores dos CTA, é necessário revisar a organização das atividades de prevenção em função da integralidade das ações, e analisar sua contribuição no cuidado das PVHA por meio da estratégia de apoio matricial e equipe de referência, como discutido por Haag et al.⁴³.

À semelhança dos processos de construção das diretrizes produzidas nos últimos vinte anos no Brasil – que resultaram da concatenação de conceitos e aprendizados resultantes da expansão da prática^{3,8} –, é preciso realimentar as bases dos processos de formação, com ênfase nas práticas sociais que determinam os rumos da epidemia. Gerar esses processos de atualização se relaciona com o desafio de operacionalizar o conceito de vulnerabilidade nas estratégias e ações de cunho psicossocial³⁵. Para tanto, é primordial motivar o diálogo em torno da noção de aconselhamento, preconizada nas diretrizes, articulado ao conhecimento local (atestado pela produção de documentos acadêmicos por parte dos aconselhadores que analisam aspectos relativos aos serviços), à experiência de atuação interdisciplinar das equipes e ao olhar dos usuários.

Por fim, cabe sinalizar que a materialização das diretrizes para o aconselhamento e a virtual reformulação do papel do CTA na rede de assistência às DST/Aids tem, como pano de fundo, o contexto programático da descentralização da testagem e da ampliação do acesso à TARV, além dos

desafios na gestão local dos programas de DST/Aids³³. Considerando que a sinergia e continuidade das ações de prevenção são fundamentais para gerar transformações duradouras nas práticas de cuidado à saúde sexual¹, é relevante frisar que investimentos na ampliação das estratégias de prevenção, em especial aquelas de alcance social, decerto potencializará os benefícios individuais e coletivos do aconselhamento.

Agradecimentos

À Gerência de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, e às equipes dos Centros de testagem e Aconselhamento pesquisados, sob gestão de cinco Programas Municipais de DST/Aids. Ao Programa PEC-PG (CAPES/CNPq), pela bolsa de doutorado concedida à primeira autora (2010-2014), cuja tese derivou no presente artigo.

Colaboradores

Claudia Mora responsabilizou-se pela pesquisa, coleta e análise dos dados, e pela redação do artigo; Simone Monteiro e Carlos Otávio Fiúza Moreira orientaram o planejamento e execução da pesquisa e participaram da redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Tarantola D. HIV testing: breaking the deadly cycle. *Health Hum Rights*. 2005; 8(2):37-41.
2. Kippax S. A public health dilemma: a testing question. *AIDS Care*. 2006; 18(3):230-5.
3. Fernandes N. Vulnerabilidade ao HIV/aids entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
4. Ramos S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(4):1067-78.
5. Ministério da Saúde. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. Brasília (DF): MS; 1999.
6. Ministério da Saúde. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil. Desafios para a equidade e o acesso. Brasília (DF): MS; 2008. (Série Estudos Pesquisas e Avaliação, nº11).
7. Filgueiras S, Deslandes S. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad Saude Publica*. 1999; 15 Supl 2:S121-31.
8. Araújo CLF, Camargo Júnior KR. Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e práticas. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
9. Ferreira MPS, Silva CMF, Gomes MCF, Silva SMB. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):481-90.
10. Galindo WCM, Francisco AL, Rios LF. Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/Aids. *Physis*. 2013; 23(3):741-61.

11. Dolcini MM, Canin L, Gandelman A, Skolnik H. Theoretical domains: a heuristic for teaching behavioral theory in HIV/STD prevention courses. *Health Promot Pract.* 2004; 5(4):404-17.
12. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2006; 40 Supl:109-19.
13. Pupo LR, Ayres JRCM. Contribuições e limites do uso da Abordagem Centrada na Pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. *Temas Psicol.* 2013; 21(3):1089-106.
14. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papius; 1996.
15. Lahire B. Homem plural: os determinantes da ação. Petrópolis: Vozes; 2002.
16. Perrenoud P. Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas. Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1993.
17. Hager P, Gonczy A. What is competence? *Med Teach.* 1996; 18(1):15-8.
18. Lima V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(17):369-79.
19. Montagner MA. Trajetórias e biografias: notas para uma análise bourdieusiana. *Sociologias.* 2007; 9(17):240-64.
20. Lahire B. Patrimônios individuais de disposições. Para uma sociologia à escala individual. *Soc Prob Prat.* 2005; (49):11-42.
21. Minayo MCS. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
23. Ministério da Saúde. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. Brasília (DF): MS; 2010.
24. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de treinamento em aconselhamento em DST, HIV e Aids. Brasília (DF): MS; 1998.
25. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. 2a ed. Brasília (DF): MS; 1998.
26. Araújo MAL, Montagner MA, Silva RM, Lopes FL, Freitas MM. Symbolic violence experienced by men who have sex with men in the Primary Health Service in Fortaleza, Ceará, Brazil: negotiating identity under stigma. *AIDS Patient Care STDs.* 2009; 23(8):663-668.
27. Silva SMB. O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro: processos de cuidado em saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
28. Fonseca P L, Iriart JAB. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. *Interface (Botucatu).* 2012; 16(41):395-407.
29. Ministério da Saúde. Manual simplificado em aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2003.
30. Souza V, Czeresnia D, Natividade C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(7):1536-44.
31. Monteiro S, Brandão E, Vargas E, Mora C, Soares P, Daltro E. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(1):137-46.
32. Ministério da Saúde. Diretrizes para o aconselhamento em DST/Aids [Internet]. 2010 [acesso 2013 Nov 1]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao_oficina_acs.pdf

33. Grangeiro A, Escuder MM, Gianna MC, Castilho EAC, Teixeira PR. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. *Tempus Acta Saude Colet.* 2010; 4(2):14-33.
34. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
35. Paiva V. A dimensão psicossocial do cuidado. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde.* São Paulo: Juruá; 2013. Livro 2, p. 41-72.
36. Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed; 2002.
37. Bourdieu P. A economia das trocas linguísticas. In: Ortiz R, organizador. *Bourdieu – Sociologia.* São Paulo: Ática; 1983. p. 156-83. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, nº 39).
38. Moreno DMFC. Aconselhamento para revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV. In: Paiva V, Calazans G, Segurado A, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde.* São Paulo: Juruá; 2013. Livro 2, p. 165-88.
39. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde.* *Interface (Botucatu).* 2000; 4(6):109-16.
40. Mora C, Monteiro S, Moreira CO. Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas. *Salud Colect.* 2014; 10(2):253-64.
41. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saude Publica.* 2012; 24(7):1536-44.
42. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(16):161-8.
43. Haag CB, Gonçalves TR, Barcellos NT. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. *Physis.* 2013; 23(3):723-39.

Mora C, Monteiro S, Moreira COF. Formación, prácticas y trayectorias de consejeros de centros de test anti-VIH de Río de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(55):1145-56.

Considerando la importancia de la consejería para la prueba de VIH, analizamos las directrices institucionales, las competencias privilegiadas en la capacitación profesional y los saberes/prácticas de consejeros. Se trata de un estudio cualitativo concentrado en el análisis documental, observación y entrevista con consejeros de Centros de Testeo y Consejería (CTA, por sus siglas en portugués) del Estado de Río de Janeiro. La orientación del análisis fue la teoría de Pierre Bourdieu. Se puso en evidencia que el habitus profesional de los consejeros es resultado de la articulación de las capacitaciones, del curso de pregrado y de las experiencias e intereses personales. La puesta en operación de competencias, tales como la escucha activa, está limitada por la rutina de los servicios y la escasez de espacios de reflexión. Para aumentar la práctica de la consejería cabe desarrollar competencias en la capacitación, mantener la educación continuada y hacer adecuaciones en la rutina del servicio. Tales ajustes pueden fortalecer el paso de las directrices hacia la acción y el perfeccionamiento de la organización y gestión de los CTA.

Palabras clave: Consejería. VIH. Sociología. Capacitación profesional. Educación basada en competencias.

Recebido em 11/08/14. Aprovado em 02/01/15.

Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS

Fabio Hebert da Silva^(a)
 Maria Elizabeth Barros de Barros^(b)
 Cátia Paranhos Martins^(c)

Silva FH, Barros MEB, Martins CP. Experimentations and reflections on institutional support within healthcare: study starting from HumanizaSUS. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1157-68.

The questions and reflections that make up this paper were constructed starting from the course followed by consultants within the National Humanization Policy (PNH) of the Brazilian National Health System (SUS) in discussions with healthcare-sector workers. Experiences from training courses and discussions at workers' healthcare reference centers (CERESTs) in the northern region of Brazil and participation in the National Committee for Health Promotion among SUS Workers and the SUS National Permanent Negotiation Table are presented. Some questions on the topic of health and work are formulated, with the aim of contributing through this debate towards indicating the positions adopted and proposals made within the PNH in experimentations within SUS. Creation of collective strategies for dealing with contextual challenges and making interventions, while considering the work as a process, may expand the power of collective action among healthcare-sector workers.

Keywords: Institutional support. HumanizaSUS. Healthcare work. Occupational health.

As questões e reflexões que compõem este artigo foram construídas a partir de percursos de consultores na Política Nacional de Humanização do SUS nas discussões com trabalhadores no campo da saúde. Apresenta experiências de formação e debates com Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Região Norte do País, e a participação no Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS e na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Formula algumas questões sobre a temática Saúde-Trabalho, no intuito de contribuir com esse debate ao apontar as apostas e propostas feitas pela PNH em experimentações no SUS. A criação de estratégias coletivas para lidar com os desafios contextuais e fazer intervenção, considerando o trabalho como processo, pode ampliar o poder de agir de coletivos de trabalhadores no campo da saúde.

Palavras-chave: Apoio institucional. HumanizaSUS. Trabalho em saúde. Saúde do trabalhador.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras. Vitória, ES, Brasil. 29075-910. fabiohebert@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. betebarros@uol.com.br

^(c) Curso de Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Dourados, MS, Brasil. catiamartins@ufgd.edu.br

Considerações iniciais

As questões e reflexões que compõem este artigo foram construídas a partir de nosso percurso, como consultores, na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), participando das discussões com os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentamos duas experiências no âmbito dessa Política, para pensarmos o apoio institucional na relação com a discussão Saúde-Trabalho. Uma referente à articulação dos cursos de formação da PNH com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Região Norte do país, e a outra se reporta à participação no Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS e na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Formulamos, então, com base nessas experiências, algumas questões sobre a temática Saúde – Trabalho, que trazemos aqui no intuito de contribuírmos com o debate sobre o apoio, a partir das propostas da Política Nacional de Humanização em experimentação no SUS.

Como a PNH poderia contribuir na discussão sobre saúde do trabalhador e processos de trabalho no SUS, na perspectiva do apoio institucional? Como a temática do trabalho se insere em uma política de saúde que busca humanizar a atenção e a gestão ao efetivar os princípios do SUS? Como ampliar a participação e o poder de agir do trabalhador? O que nos dizem as experimentações com a PNH? Por que e como propor outras experimentações e concepções para o trabalho em saúde?

Essas questões apresentadas tratam, em nosso entendimento, tanto da criação de estratégias para lidar coletivamente com os desafios locais, como da atualização de um diálogo sobre esses outros modos de fazer intervenção, tomando o trabalho como processo e o apoio como diretriz. Tais modos, atualizados em cada um dos fóruns, nas atividades de formação nos Estados, nos arranjos locais para o exercício do apoio institucional, têm como fio condutor uma perspectiva avaliativa e de monitoramento dos processos em curso nos serviços. O apoio institucional, a partir da análise institucional francesa, foi tomado como estratégia pela PNH para promover mudanças na atenção e na gestão do SUS. O apoio busca fazer junto, e não fazer por ou para o outro. A perspectiva avaliativa implica realizar planejamento, monitoramento e avaliação de forma concomitante à execução da ação; na participação dos próprios sujeitos no processo avaliativo; e na avaliação como um processo formativo, ou seja, que produz reflexão, mudança de rumos, conhecimento, novos sujeitos e outros olhares¹.

Política nacional de humanização: inflexões nos modos de trabalhar-cuidar

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS, criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, tem como balizadores as conquistas nascidas das lutas pela democratização no país, que ganham estatuto constitucional em 1988, e, também, o processo de redemocratização e resistência no âmbito da saúde por meio da Reforma Sanitária. A humanização das práticas no campo da saúde, conforme formulada pela PNH, se expressa, sobretudo, na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. A Política parte das experiências concretas, das lutas cotidianas e singulares de sujeitos comuns, opondo-se aos processos idealizados e universais de produção do homem e da mulher. O processo de humanização assim formulado refere-se não ao humano idealizado, mas à “[...] tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade”² (p. 565).

O desafio colocado pela PNH é o de superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS, ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, portanto, os processos de trabalho. Visa, então, a contrapor os modos hegemônicos de cuidar e gerir, marcados por práticas autoritárias e centralizadoras, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, de forma coletiva, saídas para os desafios do cotidiano.

Considerada uma ‘obra aberta’^{3,4} a PNH constrói seu curso a partir da inclusão de diversas experiências da Rede SUS e das inovações no campo da Saúde Coletiva, fazendo jus ao método como modo de caminhar. Tal método busca incluir os atores envolvidos nos processos de trabalho em saúde em todas as dimensões da gestão: planejamento, acompanhamento, execução e avaliação. Como obra aberta, busca um permanente processo de invenção de nós mesmos, de nossas práticas e do mundo que criamos ao viver.

Um dos princípios da Política, essencial para pensarmos a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde, é a indissociabilidade entre as mudanças na gestão dos processos de trabalho e nos modos de atender os usuários. Os sujeitos são considerados protagonistas e corresponsáveis no processo de trabalho, que comporta, em seu pensar-fazer, a potência das relações, dos modos de subjetivação éticos e de mundos. Assim, investir em práticas de cuidado humanizado “[...] implica reinventar a relação trabalhador de saúde-usuário/rede social, (re)inventando-se com ela”⁵ (p. 1995), destacando-se a capacidade de criação do vivo, a experiência concreta de trabalhadores da saúde que, no dia a dia, lidam, criam e constroem o SUS.

As discussões pautadas pelo HumanizaSUS ressaltam que o trabalho, independentemente do cargo e da função em que se encontra o profissional, possui um aspecto gestor. Uma gestão compreendida como dimensão inerente ao trabalho como atividade humana, que já não mais se restringe ao modo gerencial hegemônico da gestão clássica, hierarquizada e determinada por aquele que é o responsável pela instituição no exercício do poder⁶⁻⁸.

Na racionalidade gerencial hegemônica, a gestão é uma atribuição de um pequeno grupo de pessoas que define as tarefas a serem executadas pelos demais trabalhadores. Há uma minoria que pensa, planeja e avalia; e uma maioria que deve seguir as regras que foram definidas previamente. Tenta-se, assim, reduzir o trabalhador a um mero recurso, “[...] à condição de máquina programável segundo o interesse da direção da organização”⁸ (p. 235). Entretanto, como nos indica Schwartz⁹, isso seria invivível e impossível. Impossível, uma vez que a antecipação exaustiva da atividade de trabalho não se efetiva jamais; é invivível porque é nocivo à saúde. A saúde começa com a tentativa de se “[...] redesenhar parcialmente o meio em que se vive, em função de normas elaboradas por sua história”⁹ (p. 139). Aqui temos uma visão do trabalho humano que vai à contramão de certa perspectiva de gerenciamento dos serviços de saúde, que considera o trabalho como mecânico, essencialmente aplicação por uns de normas pensadas por outros. Portanto, é preciso criar um contexto para viver, o que não se faz com processos de trabalho heterodeterminados, burocratizados, fragmentados e centralizados. Incitar aqueles que vivem e trabalham a porem em palavras um ponto de vista sobre a atividade, a fim de torná-la comunicável e submetê-la à confrontação de saberes, é o que se objetiva por meio da criação de dispositivos para operar nas situações concretas em que a PNH é convocada a atuar, a partir da perspectiva do apoio.

Os dispositivos são arranjos concretos engendrados a partir das situações específicas reais em cada serviço, visando à interferência nas práticas naturalizadas, consideradas imutáveis. Nenhum dispositivo é igual a outro, pois o que está em jogo são os diferentes vetores e múltiplos tensionadores. Trata-se de processos intermináveis de constituição de sujeitos e práticas. Logo, os dispositivos jamais se equivalem. Tais arranjos devem ser avaliados (eticamente) de acordo com valores imanentes, ou seja, substituir o julgamento transcendente pela avaliação que emerge do campo concreto onde atuamos. Um dispositivo não se sustenta, se não fizermos uma “torção” do olhar do “eterno” para a apreensão dos possíveis a serem criados. Olhar criticamente para o processo é ampliar a possibilidade de intervir nos modos como nos organizamos para produzir saúde, abandonando questões como: de quem é a culpa? A direção passa a ser outra: ao invés de montar um “tribunal” para identificar e julgar culpados pelas situações (Gestor? Qual gestor? Trabalhador? Qual trabalhador? Usuário? Qual usuário?), apoiar esse movimento de avaliação dos arranjos concretos que se atualizam nos serviços.

A PNH tem apostado na produção de dispositivos dentro dessa perspectiva, e não em modos de fazer universais. Os dispositivos, reafirmamos, são sustentados em olhares críticos que nascem nas/das experiências vivas dos arranjos concretos contextualizados e singulares. Esses olhares críticos compõem, com as experiências do cuidado, uma metodologia rigorosa e aberta, e não engessada em metas descoladas daquilo que já fazemos, com a atualização dos princípios de indissociabilidade entre os modelos de gestão e da atenção e da transversalidade como ampliação do grau de comunicação existente entre os diferentes trabalhadores dos diversos serviços e instâncias do SUS.

Tais dispositivos perseguem, assim, a construção de estratégias para reunir os protagonistas preocupados em repensar a produção de normas sobre a base da experiência e de interesses partilhados. Convocam-se os sujeitos em sua habilidade essencial de produzir saberes locais investidos nas situações vividas; trabalhadores capazes de criar normas que preencham as lacunas normativas

dos projetos nos serviços; seres que tentam viver em saúde, o que não é jamais aceitar determinações normativas sem, ao mesmo tempo, avaliar esse uso. Viver em saúde é não se tornar puro instrumento de injunções de agir previamente pensadas pelos outros. Acompanhando ainda Schwartz⁹, diríamos que os dispositivos acionados no âmbito da PNH visam à confrontação com a tecelagem das normas pré-editadas no trabalho, o tratamento dos vazios dessas normas, dado que elas nunca conseguem dar conta do trabalho efetivamente realizado, sempre comportam uma gestão coletiva. No entanto, esse coletivo de trabalho nunca está dado em sua composição; é variável e imensamente mais instável do que o previsto nos protocolos e organogramas dos serviços de saúde.

A atividade humana está sempre às voltas com o real, ou seja, com o que coloca à prova as ações engendradas. Gestão como produção coletiva, que requer lugar e tempo, espaço de problematização dos acontecimentos, momento tanto de planejar quanto de avaliar as interferências produzidas nos processos de trabalho em curso. Essa concepção de gestão toma o cotidiano como propício para aumentar o grau de autonomia nas práticas em saúde por meio da necessária apropriação/autoria do trabalho. De acordo ainda com Schwartz⁹, a gestão, portanto, é do serviço, do trabalho, do cuidado, pautada em valores sem dimensão. Não é mera formalidade burocrática, mas uma dimensão não mensurável do trabalho, uma vez que não possui nenhuma unidade de medida para comparar sua grandeza. É possível conceber a promoção da saúde sem a democratização do acesso aos saberes? Como cada um define saúde? E a democratização do saber? Esses são bens não mensuráveis. Como, então, dar corpo a esses valores sem dimensão?

A PNH entende que investir, corporificar tais valores implica, necessariamente, incluir os diferentes sujeitos que compõem os processos de produção de saúde no planejamento, avaliação e execução das ações. Humanizar o trabalho é afirmá-lo como espaço de criação, de produção de sujeitos e saúde, de autonomia corresponsável e de construção de solidariedade, grupalidade e democracia. Logo, não pode ser reduzido à sua dimensão de emprego, de assalariamento.

Trata-se de recusar os modos mecanizados e verticalizados de fazer saúde e apostar no trabalho que prima pela construção de espaços de diálogo para compartilhamento de decisões e pela valorização das diferentes dimensões que constituem os processos de trabalho – atores envolvidos, saberes, relações de poder. A gestão coletiva do trabalho é critério fundamental para a promoção e produção de saúde e prevenção de adoecimento dos trabalhadores. Os sujeitos são protagonistas e corresponsáveis pelos processos de trabalho em curso nos serviços, são atores e autores de tais processos. A cogestão é, então, um instrumento valioso para promover mudanças, compreendendo um modelo de gestão “[...] centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que [garantam] que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente”¹⁰ (p. 9).

Nossa experiência nas ações desenvolvidas no âmbito do HumanizaSUS nos mostra que o exercício da cogestão não está dado, não é inerente à formação burocrático-institucional de um colegiado, de uma comissão ou de equipe multiprofissional. A cogestão não acontece por decreto ou na construção de um novo organograma. O que se nomeia como um colegiado, muitas vezes, se refere a uma reunião de indivíduos de diversas categorias profissionais (ou, mesmo, no corporativo), um espaço burocratizado, que cumpre uma prescrição feita de cima para baixo. A proposta da PNH é outra: a constituição de espaços onde a efetiva prática do debate se concretize, de forma que as disputas, as negociações e a pactuação de jeitos diversos de trabalhar e de enfrentar as questões que o cotidiano nos coloca componham para que a difícil tarefa de produzir saúde possa se fazer.

Assim, a criação dos espaços coletivos de decisão visa ao exercício da democracia institucional, à ampliação do conhecimento do trabalhador sobre seu fazer em saúde, à ampliação do poder de agir dos coletivos e, conseqüentemente, à promoção de outros modos de subjetivação. A produção de saúde e a produção de sujeitos não se separam, haja vista que o HumanizaSUS afirma o trabalho como “[...] produção de bens e serviços para os usuários, e, também, espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos”¹¹ (p. 1), contribuindo para a formação e exercício de graus maiores de protagonismo e autonomia.

É a transversalização das práticas que pode promover conexão entre trabalho, formação e gestão. A aposta é no encontro dos sujeitos e na criação de novos valores, práticas e relações. Por conseguinte,

a formação não é o que acontece somente fora do local de trabalho, mas é inerente ao cotidiano do fazer saúde. A formação se faz, também, nas interferências produzidas nos processos de trabalho, nos valores instituídos e sacralizados, que se efetivam na construção de estratégias que coloquem, em análise, a experiência em curso nos serviços, visando a enfrentar os desafios que os ambientes laborais portam, meio de trabalho necessariamente infiel, como nos indica Canguilhem¹². É inegável, segundo esse autor, a capacidade humana de lidar com a imprevisibilidade do meio em que vivemos e construímos ao viver, transformá-lo e renormalizá-lo, enfrentando os desafios singulares que se apresentam nas situações de trabalho. Logo, os processos de formação se efetivam no mesmo momento em que o trabalhador realiza um procedimento, ao se encontrar com o usuário, nos debates sobre o trabalho com os companheiros do serviço, nos enfrentamentos com os gerentes dos estabelecimentos de saúde, dentre outras situações.

O convite que a PNH nos faz, por meio do apoio institucional, é, então, produzir uma inflexão radical nos modos de fazer saúde. Não se trata de responder a uma meta a ser seguida a qualquer preço por meio de modos individuais e heroicos que reduzem o poder de agir dos trabalhadores, adoecendo-os, e que, ao longo do tempo, faz com que eles desistam de lutar pela transformação do que agride e produz sofrimento patogênico no trabalho. A gestão, por conseguinte, é o que se faz em meio às relações entre “[...] sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poderes (modos de estabelecer relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)”⁶ (p. 63). E a gestão que se passa entre esses “[...] vetores-dobras que a constitui”⁶ (p. 62).

Formular e apoiar a implementação de diretrizes e ferramentas de mobilização dos trabalhadores em torno de análises e intervenções para a melhoria dos processos de trabalho, de ambientes laborais e de condições de saúde são estratégias muito caras à PNH. O desenvolvimento de atividades de formação de apoiadores institucionais que trabalhem nessa direção é uma meta importante do HumanizaSUS. Vislumbrando, assim, a transversalização das práticas, o aumento da autonomia e o incremento do poder de agir dos coletivos de trabalhadores, algumas vias têm sido construídas, como: a organização de oficinas de atualização e/ou formação dos grupos de apoiadores; a articulação da inserção da temática Saúde – Trabalho na agenda das instâncias gestoras federal, estadual e municipal, bem como nas bipartites e tripartites. Essas estratégias possuem um potencial indiscutível na consolidação do SUS como política pública: interferir nos processos de gestão do trabalho; trazer, ao centro da cena, não apenas o trabalhador (indivíduo) ou sua categoria (conjunto), mas as relações que se estabelecem no processo produtivo; enfim, afirmar os princípios do SUS.

O apoio institucional é praticado pela/na PNH como método de intervenção para promoção dessa dimensão pública do SUS. O que não pode se viabilizar sem o envolvimento dos trabalhadores, dos usuários e gestores; e se afirma, portanto, como tecnologia relacional partindo da premissa de que produção de saúde não se faz sem a produção de sujeitos corresponsáveis e autônomos nesse processo.

Este método propõe, aos apoiadores, estarem no corpo a corpo desses embates, ao lado dos sujeitos coletivos, procurando fomentar condições, nem sempre possíveis de imediato, de intervenção e transformação das práticas autoritárias nas relações do trabalho em saúde. É importante, ainda, dizer que esse método coloca sua própria função em análise, pois corre risco constante de ser cooptado pelo autoritarismo, pelo centralismo do poder em instrumentos burocráticos, e, por isso, precisa questionar sua função permanentemente.

Duas experiências de interlocução

Valorização do trabalho e do trabalhador na Região Norte

De meados de 2008 a 2011, realizamos, na Região Norte do país, como parte das ações da PNH que versam sobre a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, uma extensa agenda de encontros e fóruns com os trabalhadores da saúde alocados em serviços de saúde das capitais e dos estados e nos CEREST's. Essas atividades têm sido planejadas considerando alguns direcionamentos que nos auxiliem em experimentações que expressem modos de cogestão no SUS e experiências locais que já acontecem pontualmente nessa região.

Em 2008, foram desenvolvidos alguns cursos de formação de apoiadores institucionais da PNH em alguns estados da região. As discussões nos cursos nos indicaram a necessidade de: a) incluir os CEREST's em tais cursos; b) ampliar as redes de conversa sobre a Saúde do Trabalhador da Saúde na região. Tais desdobramentos se configuravam como potente estratégia para o desenvolvimento de modos de gestão compartilhada nos processos de trabalho em saúde em alguns Estados onde esse debate era inexistente ou incipiente.

Ao iniciarmos as rodas de discussão, consideramos o objetivo de apoiar a criação de espaços de reflexão sobre o tema da "Valorização do Trabalho e do Trabalhador de Saúde", tomando como eixo condutor a PNH e as ações desenvolvidas pelos CEREST'S da Região Norte. Ao apoiarmos esses espaços de troca de experiências, buscamos modos de operacionalizar ações voltadas para a ampliação do poder de agir dos coletivos de trabalhadores.

Nesse tipo de experiência de apoio, temos encontrado dificuldades imensas em desenvolver ações que não sejam pontuais ao extremo e nem demasiadamente prescritivas por parte dos CEREST's. Dificuldades estas encontradas, também, nos coletivos das demais instâncias apoiadas – dificuldade dos coletivos apoiados pela PNH em relacionar a experimentação dos dispositivos, atrelados à habilidade de realizar análises coletivas dos processos de trabalho, que resultem na mudança do modo como trabalhamos dentro do SUS.

Em outras palavras, por mais que tenhamos o cuidado, nos processos de formação da PNH, de enfatizar a importância como método de trabalharmos sempre na perspectiva da articulação (e inseparabilidade) entre a experimentação dos dispositivos e os modos como gerimos a própria atividade de trabalho, temos nos deparado com uma grande incipiência, considerando tanto as reflexões quanto os encaminhamentos. E, também, as ações do CEREST só conseguem dar concretude a uma pequena parte do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o que termina por gerar alguns efeitos incômodos: desconhecimento, dos trabalhadores, da existência do CEREST em sua região; baixíssimos números de notificação dos acidentes de trabalho; o número de trabalhadores insuficiente para as demandas, porque as ações são pontuais e desconectadas do restante da rede SUS; falta de informações sobre as efetivas condições de trabalho, o que termina por limitar as possibilidades de análises e encaminhamentos coletivos.

Trabalhamos referenciando-nos a alguns eixos norteadores: a) o contexto e a efetivação das políticas estaduais de saúde do trabalhador da saúde na Região Norte: quais ações os Estados têm efetivado nessa direção? Como construir estratégias para consolidar, implementar ou fortalecer as ações no âmbito da saúde do trabalhador do SUS?; b) os modos como os Cerest's poderiam contribuir nessa construção: que experiências poderiam ser compartilhadas?; e c) os encaminhamentos para esse processo: como inserir dentro desse diálogo a discussão sobre os processos de trabalho e humanização?

Pensamos, a partir desses eixos, encaminhamentos concretos que viabilizassem a elaboração de planos de ação por estado, inserindo tal discussão em pautas estaduais e municipais por um lado e, por outro, produzindo ferramentas para a formação de uma rede efetiva, que tivesse a habilidade de problematizar a si mesma, avaliando e encaminhando mudanças concretas. Trata-se da criação de estratégias para lidar coletivamente com as dificuldades contextuais; da oportunidade de se conversar sobre esses outros modos de fazer intervenção.

Tais discussões produziram alguns desdobramentos interessantes, como a inserção do tema nos cursos de formação da PNH em alguns estados e a criação de espaços de discussão/construção de políticas estaduais para os trabalhadores da saúde. Em todos os casos, tivemos uma intensa participação dos CEREST's e dos trabalhadores com alguma inserção na PNH, o que indica, para nós, a pertinência dessa articulação consolidando esse espaço que nos propomos analisar, como produto do apoio.

A concretização desses fóruns tem nos apontado uma via para a realização de um processo de formação que visa à ampliação de autonomia nos/com os coletivos estaduais e municipais, tanto no que diz respeito ao potencial mobilizador da temática quanto à sua própria aposta.

Conseguimos articular um coletivo na Região Norte sem precedentes, com ações concretas nos Estados que tiveram uma inserção contínua. O que nos indica todo esse movimento? Esses encontros se constituem como um potente processo de formação em situação de trabalho e como uma tentativa

de ampliar o debate sobre a saúde do trabalhador do SUS na região. Assim, esta experiência de apoio demonstra a necessidade constante de criarmos estratégias coletivas para a ampliação de autonomia no engendramento dos processos de trabalho. Além disso, aponta, também, para o apoio como um potente processo de formação-intervenção como aposta radical da PNH.

A mesa nacional de negociação permanente e o comitê de promoção da saúde do trabalhador do SUS

A Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS) foi criada em 1993, reinstalada em 1997 e, novamente, em 2003. Somente na terceira reinstalação, em 2003, é que conseguiu se manter em funcionamento como fórum paritário no qual gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores discutem e negociam os conflitos inerentes às relações de trabalho no SUS. Esse é o espaço para que as bancadas (sindical e gestores) construam conjuntamente um plano de trabalho e uma agenda de prioridades a serem debatidas em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e do aprimoramento do SUS¹³.

Após intenso debate de um grupo de trabalho, a Mesa Nacional instituiu, por meio da Portaria GM nº 2.871, de 19/11/2009, o Comitê de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS. No início de 2010, o Comitê passou a se reunir quinzenalmente, com a tarefa de formular as diretrizes para uma política de promoção à saúde do trabalhador do SUS com representantes das seguintes instituições: CNS, CONASS, CONASEMS, Ministério do Planejamento, Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde com a Secretaria de Gestão do Trabalho, Secretaria de Vigilância e Secretaria de Atenção à Saúde, dentre outras. Na representação dos trabalhadores, estavam: Federação Nacional das Assistentes Sociais, Federação Nacional dos Farmacêuticos, Federação Interestadual dos Odontólogos, Federação Nacional dos Médicos, Federação Nacional dos Enfermeiros, Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal, Federação Nacional dos Psicólogos e Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal. Havia, também, convidados permanentes, como a Fundação Oswaldo Cruz e Organização Pan-Americana da Saúde.

A PNH, como política de governo, foi, então, convocada para participar desse processo. Buscou imprimir um modo de funcionamento no Comitê que privilegiasse os debates, as controvérsias, de forma que a última palavra não fosse dita, constituindo um espaço de apoio. Privilegiar o debate coletivo nessas reuniões, o fomento da autonomia e da cogestão na construção das diretrizes éticas foi o que perseguimos. Vislumbrávamos a possibilidade de construir um documento que tivesse, como eixo ético-político, a humanização do trabalho em saúde, ou seja, a criação de práticas que, ao funcionarem transversalmente, pudessem intensificar os processos comunicacionais em diferentes dimensões, afirmando e almejando um diálogo sempre inconcluso em meio à diversidade profissional e de vínculos das instituições de saúde.

Por que uma política para a promoção da saúde do trabalhador no SUS?

O Comitê tinha como tarefa propor as diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS, fazendo parte de um processo no Ministério da Saúde na busca por superar a lacuna de conhecimento existente sobre a saúde dos trabalhadores que compõem o SUS. Logo nas primeiras reuniões, indagávamos: do que adoecer, padecer e morrer o trabalhador do SUS? Partíamos de uma ideia bastante difundida nas questões referentes à saúde indígena, na qual a invisibilidade epidemiológica é a principal justificativa para a produção de políticas, pesquisas e conhecimentos numa determinada área.

Durante as reuniões do Comitê, ocorridas no primeiro semestre de 2010, buscou-se debater e construir as diretrizes, além de contextualizar a necessidade de intervir no adoecimento, no absentismo e na construção de estratégias para a promoção da saúde dos trabalhadores do SUS.

O Comitê Nacional fez, então, um levantamento de dados do IBGE^{14,15} que apontam o crescimento

no setor. Em 1980, existiam 18 mil estabelecimentos de saúde e quinhentos postos de trabalho; em 2002, os números de estabelecimentos triplicaram e os postos de trabalho saltaram para mais de dois milhões. Em 2005, a expansão continuou. Segundo o Comitê, os estabelecimentos de saúde totalizaram mais de setenta mil, e já eram mais de dois milhões e quinhentos mil postos de trabalho.

Além disso, o processo de descentralização do SUS promoveu o aumento de serviços e postos de trabalho municipais. Antes da criação do SUS, em 1980, eram cerca de dois mil estabelecimentos que empregavam quarenta mil trabalhadores; já em 2005, o número chegou a quarenta mil estabelecimentos e quase um milhão de postos de trabalho nos municípios brasileiros¹⁵.

Atualmente, a composição nacional da rede de serviços de saúde demonstra que o setor público é responsável por 56,4% dos postos de trabalho, sendo 7% federais, 24% estaduais e 69% municipais.

No Brasil, convivemos tanto com a concentração de profissionais numa mesma região, tal como o Sul e o Sudeste, como com a escassez em áreas de difícil acesso, como na Região Norte. Os dados mais atuais disponíveis são somente da relação médico/habitantes: “no Norte, 1/1.190; no Nordeste, 1/1.027; no Sul, 1/597; no Centro-Oeste, 1/510; e no Sudeste, 1/132”¹⁵ (p. 5), o que indica a fragilidade de conhecimento sobre a quantidade e as características (categoria profissional, idade, sexo, vínculo trabalhista, principais causas de adoecimento, vulnerabilidades, dentre tantos outros fatores) dos trabalhadores que compõem o SUS.

Essa desigualdade provoca desde

[...] maior competição por mercado de trabalho, depreciação salarial [...], necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, jornadas de trabalho prolongadas e contexto desfavorável de negociação com gestor/empregador [como também] carga excessiva de trabalho, isolamento, dificuldade na troca de conhecimento entre os pares, no acesso a cursos e atualizações¹⁶ (p. 6)

Outro aspecto bastante debatido nas reuniões do Comitê refere-se ao fato de as mulheres ocuparem a maioria dos postos de trabalho em saúde. Assim, são necessárias ações concretas para intervir na violência e desigualdades oriundas das relações de gênero.

Em um processo de discussão coletiva sobre as características do trabalho em saúde, o Comitê destacou os seguintes aspectos: “[...] dinâmico, mutável, transforma as pessoas e é transformado por elas. Envolve situações de sofrimento humano, requer tomada de decisões importantes para a vida das pessoas e, no seu cotidiano, o trabalhador depara-se com seus limites, fragilidades e seu próprio sofrimento”¹⁶ (p. 6)

Além disso, os profissionais de saúde convivem com

[...] exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e os relacionados ao contexto social onde se inserem os serviços de saúde; a escassez crônica de recursos materiais e quadro de pessoal insuficiente, a violência no local de trabalho ligada às relações de gênero, ao assédio moral, agressões entre pares, chefias e subordinados.¹⁶ (p. 10)

Mais um fator destacado refere-se aos diversos vínculos empregatícios no SUS, desde o trabalhador estatutário, o celetista, até as cooperativas, os profissionais autônomos, as contratações por organizações sociais (OSCIP's/OS/ONG's), as fundações estatais, os organismos internacionais, etc. Além dos vínculos, as normas trabalhistas, as condições de trabalho, a remuneração, dentre outros fatores, são distintos, e, por vezes, desiguais, com conseqüente construção de diversos sentidos nas relações com o trabalho.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem construindo estratégias e políticas para intervir no campo da Saúde do Trabalhador pelas: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Na Secretaria de Vigilância em Saúde, a notificação compulsória de agravo sem Saúde do Trabalhador, a criação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador buscam a promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador. Segundo a Portaria nº 777/GM, de 28/4/2004, os acidentes

e doenças de notificação compulsória são: acidentes com material biológico, transtornos mentais, dermatoses ocupacionais, lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares, intoxicações exógenas, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído e câncer relacionados com o trabalho.

A PNH, localizada na Secretaria de Atenção à Saúde, também pode ser incluída como uma dessas políticas voltadas para a questão dos processos de produção de saúde e doença dos trabalhadores do SUS. Propõe mudanças nos modelos de atenção e de gestão vigentes, a partir de diretrizes, como: gestão participativa, que promove a democratização das relações no trabalho; valorização do trabalho e do trabalhador em saúde; e ambiência, entendida como espaço físico, social, profissional, que interfere nas relações dos trabalhadores, logo, nos processos de trabalho. Cabe lembrar, mais uma vez, que um dos princípios dessa Política é fomentar a autonomia e corresponsabilidade entre sujeitos envolvidos na efetivação da rede SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desde a sua criação, em 2003, tem formulado políticas de gestão, formação, qualificação e regulação do trabalho em saúde no Brasil. A Mesa Nacional de Negociação, o incentivo e apoio às Mesas Estaduais e Municipais e o Comitê de Promoção são alguns exemplos.

As diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, disponibilizadas em consulta pública, para o debate coletivo, no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011, articulam-se com essas iniciativas do SUS, que buscam melhorar a qualidade de vida da população trabalhadora. Tais iniciativas visam a construir políticas e ações em consonância com a concepção de Trabalho Decente da Organização Internacional do Trabalho¹⁷, ou seja, aquele adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna.

Assim, partindo desses dados e reflexões, o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS teve a função de integrar as ações já desenvolvidas na área da saúde do trabalhador do SUS, e propor diretrizes para uma Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

Os desafios na negociação dos processos de trabalho

O Comitê, durante suas atividades, levou as diretrizes à MNNP para discussão, sugestão, aprimoramento e aprovação das bancadas. A pauta da MNNP, além das diretrizes da Política, esteve ocupada com diversos outros assuntos. Das discussões de que participamos durante o ano de 2010, ressaltamos a polarização do debate: bancada de trabalhadores x bancada dos gestores. Os trabalhadores trouxeram reivindicações, tais como: a diminuição de jornada de trabalho; a questão do adoecimento do trabalhador da saúde; a definição de piso salarial, e apoio aos Projetos de Lei que estavam em tramitação no Congresso Nacional, que tratam das jornadas de trabalho por categoria profissional. Já nas discussões pautadas pelos gestores, públicos ou privados, temos: o custo financeiro, caso os Projetos de Lei sejam aprovados; a inviabilidade de o SUS ter piso salarial; e a impossibilidade de diminuir a carga horária dos trabalhadores da saúde (como exemplo, a campanha pelas 30 horas dos profissionais de Enfermagem). A esse respeito, alguns comentários como: “O SUS irá quebrar”, “Nem o valor de 2 ‘CPMFs’ são suficientes para arcar o custo da diminuição da jornada de trabalho da Enfermagem” surgiam insistentemente.

Nesse debate, visando à negociação das questões dos processos de trabalho, a polarização das bancadas se expressava por um antagonismo, no mínimo curioso. Não estamos num cenário onde a questão é a saúde pública do povo brasileiro? Como pensar a dimensão coletiva, portanto pública, desse debate, a partir de corporativismos e interesses privados de grupos ou instituições? A dimensão pública da tarefa se perde quando a cena mais importante são as disputas corporativas. Em nosso entendimento, tal polarização não nos ajuda na construção do bem comum, de valores sem dimensão. Não seria o objetivo da MNNP e do Comitê a construção de uma política para todos os cidadãos brasileiros? Qual a efetiva dimensão coletiva dessa construção?

O conceito de trabalho que, na maioria das vezes, comparecia nas discussões aproximava-se da produção de mercadoria – uma coisa, alheia, estranha, sem sentido, distante de experiência, trabalho morto. A atividade de trabalho tomada em sua dimensão quantitativa e monetária, poderosa por sua

comensurabilidade, não era tecida na atividade. Os valores sem dimensão do trabalho, sua dimensão de bem comum, não eram, na maioria das vezes, privilegiados. Os interesses e demandas dos trabalhadores tinham, prioritariamente, uma direção apenas quantitativa e de valor de troca.

Como apoiar para ajudar a fazer com que a MNNP funcione como um efetivo espaço democrático, como se espera na formulação de uma política pública? Apesar de a MNNP ter como objetivo a negociação do trabalho, os posicionamentos e as decisões polarizados em bancadas não contribuíam nesse sentido. Neste campo marcado pelo antagonismo, o trabalhador ocupava o lugar de vítima explorado pelo Estado, e o trabalho, reduzido à sua dimensão de adoecimento. O gestor, por sua vez, estava no lugar do carrasco, preocupando-se somente em movimentar a máquina. Seria essa a melhor forma de construirmos uma política pública, entendida como produção de um plano comum? Coletivo e singularidade se excluem? Em nosso entendimento, o plano comum, plano em que se engendram as políticas públicas, une as experiências múltiplas e diversas dos envolvidos na tarefa de constituição das políticas de saúde. Plano que diz respeito ao que singulariza a atividade sem que possamos reduzi-la à propriedade pessoal de alguém. Estamos nos referindo a um modo de funcionamento que precisa implantar-se de forma a conectar diferentes atores no processo de produção de saúde.

Para tal exercício, é necessário o encontro com um "outro", estabelecendo com ele regime de trocas e construindo redes que suportem diferenciações. Ora, o trabalho em saúde possui, segundo Teixeira¹⁸ "[...] natureza eminentemente conversacional" (p. 585). Assim sendo, a efetuação de práticas que perseguem a construção de políticas de saúde só se faz pela experimentação conectiva/afectiva² e entre os diferentes sujeitos, entre os diferentes processos de trabalho. Não é possível avançar na construção de modos efetivamente democráticos de funcionamento dos serviços de saúde pautados em antagonismos e ressentimentos. Assim, a MNNP, como espaço de discussão das questões do SUS, pode se apresentar como um importante exercício da cogestão para avançarmos nos processos de negociação do trabalho. Entretanto, é importante estar atento a seus modos cotidianos de funcionamento, colocando-se em análise as diferentes implicações dos agentes que a compõem. Lembremos, mais uma vez, que um coletivo nunca está dado; ele se constitui e se fortalece no exercício diário dos debates e das controvérsias que alimentam sua construção.

Tais questões impulsionam e fortalecem a aposta em modos de fazer saúde estimulando trocas solidárias entre gestores e trabalhadores, colocando em análise as implicações com o processo de produção de saúde. Esses princípios ético-políticos se afirmam a partir da compreensão de que é necessário enfrentar as graves questões que se atualizam nas relações sociais de trabalho entre sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) envolvidos no processo de produção de saúde.

Considerações finais

No contexto deste artigo, diríamos que a PNH tem buscado, a partir da perspectiva do apoio, em sua participação nesses fóruns coletivos, posicionar-se contra a fragmentação e a desarticulação das ações, intervindo de forma a aumentar o grau de abertura da comunicação entre os diferentes grupos e segmentos. Ao propor o apoio como tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas, objetiva aprimorar e fomentar metodologias de mudanças dos modelos de gestão, trazendo, para o debate, a situação do trabalho do trabalhador do SUS. Apoiar é produzir outros modos de trabalhar que promovam a ampliação do poder de agir desses protagonistas. E outra valorização do trabalho e do trabalhador tem, para nós, o sentido de privilegiar os valores sem dimensão do trabalho em saúde.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília (DF): MS; 2009.
2. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):561-71.
3. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:493-502.
4. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do SUS. *Rev Saude Publica Santa Catarina*. 2008; 1(1):92-100.
5. Neves CAB. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(6):1995-6.
6. Barros MEB, Benevides RB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho S, Barros MEB, organizadores. *Trabalhadores da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 61-72.
7. Campos GWS. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
8. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
9. Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli PF, Sobol LAP, organizadores. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2010. p. 138-45.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha: gestão participativa e cogestão. Brasília (DF): MS; 2007.
11. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): MS; 2008.
12. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
13. Ministério da Saúde. Mesa nacional de negociação permanente [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso 2014 Mar 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/491-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/esa-nacional/l1-mesa-nacional/10045-mesa-nacional-do-sus>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Brasília (DF): IBGE; 1980.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Brasília (DF): IBGE; 2002.
16. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS: contextualização das diretrizes nacionais de promoção à saúde do trabalhador do SUS. Brasília (DF): MS; 2010. Material não publicado.
17. Organização Internacional do Trabalho. *Actividades de la OIT en las Américas 2003-2006*. Genebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2006.

18. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003. p. 89-111.

Silva FH, Barros MEB, Martins CP. Experimentaciones y reflexiones sobre el apoyo institucional en salud – trabajo a partir del HumanizaSUS. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(55):1157-68.

Las cuestiones y reflexiones que componen este artículo fueron construidas a partir de recorridos de consultores en la Política Nacional de Humanización del SUS en las discusiones con trabajadores en el campo de la salud. Presenta experiencias de formación y debates con Centros de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) de la Región Norte del país y la participación en el Comité Nacional de Promoción a la Salud del Trabajador del SUS y en la Mesa Nacional de Negociación permanente del SUS. Formula algunas preguntas sobre la temática Salud-Trabajo, con la intención de contribuir en ese debate al señalar las apuestas y propuestas realizadas por la PNH en experimentos en el SUS. La creación de estrategias colectivas para enfrentar los desafíos contextuales e intervenir, considerando el trabajo como proceso, puede ampliar el poder de actuar de colectivos de trabajadores en el campo de la salud.

Palabras clave: Apoyo institucional. HumanizaSUS. Trabajo en salud. Salud laboral.

Recebido em 18/06/13. Aprovado em 20/09/14.

Casais de mesmo sexo e parentalidade:

um olhar sobre o uso das tecnologias reprodutivas

Camila Vitule^(a)
 Marcia Thereza Couto^(b)
 Rosana Machin^(c)

Vitule C, Couto MT, Machin R. Same-sex couples and parenthood: a look at the use of reproductive technologies. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1169-80.

Same-sex couples' perceptions about the use of reproductive technologies in order to put plans for parenthood into effect are discussed in this paper. This qualitative study was based on semi-structured interviews that were conducted in 2011 and 2012, with 26 respondents (12 couples, one man and one woman) who were living in the greater São Paulo region of Brazil. It was noted that biological bonds preponderated in the discourse of the women, who tended to want to use reproductive technologies, especially reception of oocytes from partner (ROPA). Even when men expressed the desire to have a genetically related child, they chose adoption because of fear of the bonds that might become established through pregnancy between the surrogate mother and the child, among other reasons. The medicalization of society, and how science, technology and the market are imbricated in creating healthcare needs, is discussed.

Keywords: Reproductive technology. Homosexuality. Parenting.

O artigo discute as concepções dos casais de mesmo sexo sobre o uso de Tecnologias Reprodutivas (TR) na efetivação do projeto de parentalidade. O estudo, de natureza qualitativa, baseou-se em entrevistas semiestruturadas, realizadas em 2011 e 2012 com 26 entrevistados residentes da Grande São Paulo/Brasil (12 casais, um homem e uma mulher). É apontado que os laços biológicos são preponderantes nos discursos das mulheres, havendo tendência destas a quererem utilizar as TR, sobretudo a ROPA (Recepção de Óvulo da Parceira). Os homens, mesmo quando manifestam o desejo de terem um filho geneticamente aparentado, optam pela adoção, dentre outros motivos, pelo receio do vínculo que possa ser estabelecido, por meio da gestação, entre a mãe substituta e a criança. Discute-se a medicalização social e como a ciência, a tecnologia e o mercado estão imbricados na criação de necessidades (de saúde).

Palavras-chave: Tecnologia reprodutiva. Homossexualidade. Poder familiar.

^(a,b,c) Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 2221. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. camilavitule@hotmail.com; marthet@usp.br; rmachin@usp.br

Introdução

No Brasil, o fenômeno da homoparentalidade^(d) como decisão conjunta de um casal de mesmo sexo vem ocorrendo e, nos últimos anos, estudos têm explorado algumas particularidades do fenômeno¹⁻⁴. A produção desse fenômeno social coloca em relação dois campos que, historicamente, estiveram até agora separados: o universo gay e lésbico^(e) e as tecnologias médicas visando à reprodução.

Os casais de mesmo sexo, para realizarem o sonho da parentalidade, além da adoção, podem lançar mão das Tecnologias Reprodutivas (TR), sendo esta utilização sobretudo efetivada por mulheres^{4,5}.

As TR foram, inicialmente, desenvolvidas com o intuito de serem uma solução para casais heterossexuais inférteis, respondendo a uma demanda de saúde. No Ocidente, a partir da década de 1950, foram sendo aperfeiçoados os tratamentos para a esterilidade. Hoje, fazem parte das TR: a maturação artificial de oócitos, a hiperestimulação ovulatória, a transferência de gametas e sua conservação em bancos de esperma, as inseminações artificiais, a fertilização *in vitro* (FIV), e a transferência, congelamento e armazenamento de embriões, que permitem a gravidez na menopausa e a gestação substituta (barriga de aluguel)⁶.

As implicações das novas tecnologias são amplas e têm gerado diversos debates e inquéritos públicos⁷, como, também, dilemas éticos, com práticas como o congelamento de embriões e a inseminação *pos mortem*. Questões referentes aos riscos da utilização das técnicas e à efetividade dos procedimentos igualmente são mencionadas. De acordo com Machin⁸, a utilização das TR pode parecer simples à primeira vista, mas os procedimentos são altamente complexos e apresentam, além de riscos à saúde, alto custo e baixa resolutividade efetiva, informações que são pouco mencionadas pelas clínicas e profissionais de Reprodução Assistida (RA).

Contudo, o campo das TR constitui um grande representante: do desenvolvimento tecnológico, de consumo do serviço médico e de criação de necessidades de saúde no país e alhures. As TR, ao produzirem mudanças econômicas, sociais e culturais, também sofrem os resultados destas. Conforme Correa⁹, a apropriação da vontade de ter filhos via as TR deve ser vista como parte do processo de medicalização social.

O termo medicalização social é aqui utilizado para designar as modificações da prática médica – em meio a inovações tecnológicas diagnósticas e terapêuticas, o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – que têm como efeito o aumento exagerado do consumo de serviço médico e de equipamentos¹⁰. De acordo com Donnangelo¹⁰, ao escrever sobre a medicalização da sociedade, a medicina, a um primeiro olhar, pode ser encarada como método técnico que responde às práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas da qual também é parte. Estas práticas regulam o próprio exercer da medicina, assim como os meios de trabalho e o destino de seus produtos, dimensionando o objeto ao qual esta se aplica e lhe atribuindo significados.

Portanto, dentro do contexto de medicalização social, medicina, tecnologia e consumo estão intrinsecamente ligados, e as TR são mais um produto oferecido pelo mercado de tecnologia e serviço médico. Strathern¹¹ considera que, ao falarmos de TR, estamos falando de *business*, ou seja, de uma atividade empresarial, na qual a opção que define o cidadão ativo é a opção de mercado, que produz coisas que vão ao encontro das necessidades do consumidor.

A relação entre ciência, tecnologia e capital tem possibilitado a disseminação dos serviços de reprodução assistida que passam a influenciar o imaginário das

^(d) O termo homoparentalidade tem sido adotado no Brasil para se referir à parentalidade exercida por casais de mesmo sexo e é tradução do termo homoparentalité, cunhado em 1997 pela Associação de Pais e Futuros Pais Gays e Lésbicas (PPGL) de Paris.

^(e) Reconhece-se que os termos gay e lésbica englobam uma gama diferente de conceitos de identidade, que foram construídos ao longo de um processo histórico, havendo diferentes formas de vivências subjetivas do ser gay e do ser lésbica⁵.

peças, as quais tomam as TR como uma dentre as possibilidades de “escolha” para a efetivação da vontade de ter filho(s)¹². De acordo com Thompson¹³, as TR prometem uma combinação perfeita entre escolha comercial e afirmação de parentesco natural. Neste sentido, o modo de reprodução biomédica parece coexistir confortavelmente com o modo de produção capitalista. Thompson¹³ chama o processo de forjar uma zona funcional compatível, na qual tanto natureza quanto cultura são implantadas estrategicamente em um meticuloso trabalho de construção de *coreografia ontológica*. Como implícito na metáfora “construção familiar” (*family building*), a *coreografia ontológica* das TR “constrói as famílias” a partir da inter-relação entre natureza e cultura¹³. A procura pelas TR é, em maior parte, realizada por casais heterossexuais. Segundo pesquisa realizada por Ramírez-Gálvez¹⁴, que estudou a decisão entre uso de TR e adoção por casais heterossexuais, a RA é a solução mais utilizada para a ausência involuntária de filhos para esses casais. Dentro dos casos colocados pela autora, a procura pela adoção se dá, no maior número dos casos, depois de diversas tentativas fracassadas de utilização de TR, ou seja, após julgada finda a possibilidade de esses casais terem um filho biológico. Além do mais, segundo a autora, a persistência no uso de TR se deu predominantemente nos casais com maior renda familiar, uma vez que a TR é uma tecnologia cara. Ramírez-Gálvez coloca que há a necessidade de elaboração do *luto pelo filho biológico* quando o casal não tem sucesso na utilização de TR, e que este luto é condição para o início do processo de adoção.

Dentro do contexto das TR, as instituições médicas detêm considerável poder em suas mãos. São elas que definem os critérios de quem é apto para fazer uso das TR, como, também, estabelecem as normas de doação de óvulos e sêmen. No Brasil não há um mercado legal de comercialização de gametas, e a aquisição do sêmen e óvulos doados é mediada pelos serviços de reprodução assistida. Não havendo lei específica para o uso de tecnologias reprodutivas no país, tal uso vem sendo regulado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). O CFM estabelece as regras orientadoras para os procedimentos, tornando, desta forma, a medicina construtora de significados sobre procriação, parentalidade e família¹⁵.

Desde 1992, houve três Resoluções do CFM em relação à Reprodução Assistida, sendo a última, a CFM nº 2013/13¹⁶, em vigor desde maio de 2013. Se enquanto na primeira (CFM nº 1.358/92¹⁷) a infertilidade era reconhecida como problema de saúde e o paciente era o casal infértil, sendo necessário o consentimento do companheiro da pessoa que se submeteria ao procedimento, na resolução atual (Resolução CFM nº 2013/13¹⁶) o texto é claro quanto à possibilidade de a reprodução assistida poder ser realizada por pessoas solteiras e por casais homoafetivos⁽⁶⁾, normatizando algumas práticas que já estavam sendo empregadas pelas clínicas de reprodução.

Quando instaurada a vontade de ter filhos entre os casais de mesmo sexo, e o campo médico é reconhecido como podendo responder a esta demanda, algumas técnicas são identificadas pelos casais dentre aquelas realizadas pelas clínicas de RA, como: inseminações artificiais, FIV, ROPA e útero substituto. Nesse contexto, emerge o fato de lésbicas e gays desafiarem a centralidade do sexo heterossexual para procriação. Segundo Strathern¹⁸, as TR foram mais responsáveis, nos últimos anos, do que qualquer outra coisa no sentido de questionarem o entendimento tradicional de família e parentesco.

Se, como aponta Weston¹⁹, a inseminação artificial, em particular, é uma técnica para se produzirem filhos que desafia o entendimento tradicional do filho biológico como produto de uma relação entre pessoas de sexos diferentes, a popularização da inseminação artificial, como alternativa para a concepção

⁽⁶⁾ Utilizamos aqui o termo homoafetivo, visto ser este o termo empregado no discurso da medicina e do direito e, portanto, nas Resoluções.

de filhos, forneceu a fâisca histórica que alimentou o fogo do interesse sem precedentes, dentro da parentalidade homossexual, de ter filhos biologicamente aparentados como plano conjunto do casal. Conforme Finkler²⁰, a partir do uso das TR por casais homossexuais, vê-se a noção de escolha adentrando o campo da biogenética e, assim, potencializando novos entendimentos acerca do parentesco.

Neste sentido, assumimos, tal como Fonseca²¹, que a homoparentalidade é uma coprodução que envolve valores culturais, lei, tecnologia e dinheiro, e nos obriga a repensar as categorias básicas de parentesco, baseadas na “tradicional família nuclear”, na procriação sexuada e na biogenética.

Diante deste quadro, o presente artigo tem como objetivo discutir como casais de mesmo sexo, tanto de homens como de mulheres, de classe média da Grande São Paulo, vêm pensando as TR e acessando, ou não, as clínicas de RA como alternativa de concretizarem a vontade de terem filhos. No percurso analítico apresentado, a tomada de decisão dos casais pelas TR é contraposta à adoção.

Aspectos metodológicos

Este artigo é oriundo da pesquisa mais ampla acerca da formação de famílias homoparentais a partir do acesso às TR ou à adoção.

A pesquisa se apoiou na vertente dos estudos qualitativos, sendo baseada em entrevistas semiestruturadas e no uso de diário de campo no contexto da produção das entrevistas. O roteiro das entrevistas privilegiou temas como: trajetória no exercício da sexualidade, concepções de família, gênero e reprodução, projeto de filiação e decisões e vivências quanto à utilização de técnicas reprodutivas e da adoção na concretização da vontade de ter filhos.

Foram entrevistados tanto casais de homens quanto casais de mulheres que planejavam ter filhos, ou que os tinham, por meio da utilização de TR ou da adoção. Decidiu-se pela incorporação dessa ampla gama de condições dado que, por meio das narrativas desses casais, buscava-se saber sobre a concepção que estes tinham acerca do uso das TR e sobre as influências culturais, econômicas, sociais, legais e subjetivas que determinavam a escolha pela utilização ou não dessas tecnologias. O estudo limitou-se à Grande São Paulo – cidade de São Paulo e municípios da Grande São Paulo –, por esta ser o polo econômico do país, onde se acredita que o fenômeno da homoparentalidade, atrelado ao uso de tecnologia reprodutiva, reproduz-se com maior intensidade quando comparado com outros centros do país.

Trabalhou-se com o critério de saturação para definição do número de entrevistas realizadas. A saturação consiste em realizar as entrevistas até o ponto em que se percebe que não há mais dados novos, havendo reincidência de sentidos²². Ela se dá quando o pesquisador reconhece que alcançou os sentidos manifesto e latente das falas dos entrevistados, sendo a saturação decisão do próprio pesquisador. Ao todo, foram realizadas 14 entrevistas, com 26 sujeitos; 12 foram realizadas com ambos os integrantes do casal conjuntamente. As outras duas foram realizadas com os sujeitos sozinhos: uma das mulheres entrevistadas era separada e um homem prestou depoimento sem o parceiro. As entrevistas foram realizadas após a aprovação do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa das duas instituições proponentes do estudo, e os locais de realização das mesmas resultaram da escolha dos próprios entrevistados, mas, no geral, ocorreram em seus domicílios. Para preservar a identidade dos participantes, os nomes empregados nos depoimentos são fictícios.

Ressalta-se que a busca pelos casais não foi tarefa fácil. Além da dificuldade de encontrar casais de mesmo sexo com planos de terem filhos ou que já os tivessem, houve a dificuldade de casais com este perfil que aceitassem participar da pesquisa. O trabalho de campo foi realizado ao longo de dois anos (2011 e 2012). No início, havia uma expectativa de utilizar largamente a metodologia da bola-de-neve²³, na qual há indicações subsequentes a partir das primeiras entrevistas. No entanto, poucos dos casais acessados inicialmente conheciam outros casais de mesmo sexo com planos concretos de terem filhos ou com filhos. Somente três contatos foram feitos por meio dessa metodologia, porém os casais indicados não quiseram participar da pesquisa. A busca pelos sujeitos voltou-se, então, para o contato com comunidades LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), e foram também

contatadas clínicas de reprodução. Contudo, o meio mais eficaz de encontrar os casais foi a indicação destes por meio de pessoas do círculo de convivência das pesquisadoras.

O trabalho de campo foi realizado no momento em que vigorava a Resolução CFM nº 1.957/10²⁴, na qual o paciente se caracteriza como sendo toda pessoa capaz e que solicite a utilização de tecnologia de reprodução assistida, ainda não tendo sido elaborada a Resolução CFM nº 2013/13¹⁶, que normatiza que a reprodução assistida pode ser realizada por casais de mesmo sexo.

O processo de análise das entrevistas baseou-se nas etapas analítico-interpretativas propostas por Gomes et al.²⁵, e percorreu os seguintes passos: (1) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material; (2) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (3) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (4) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; (5) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; (6) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Sendo assim, a análise qualitativa dos dados produzidos foi realizada à luz da bibliografia pertinente e acerca do objeto em questão, no sentido de buscar tanto o sentido manifesto quanto o latente existentes nas falas dos entrevistados, e chegar a questões relevantes, as quais pudessem ser transformadas em dados a serem lapidados como problemas relativos ao tema de investigação, por meio de um processo analítico-interpretativo.

Os passos na análise incluíram, primeiramente, a leitura flutuante e impregnativa das entrevistas. A partir dessa leitura, foram levantados os temas preponderantes (explícitos e implícitos) nas falas dos sujeitos. Uma vez elencados os temas, estes deram origem a categorias mais amplas, compostas por subcategorias. Tais categorias foram problematizadas e discutidas de acordo com a bibliografia levantada, visando a produção de um diálogo de ideias e construção de uma síntese interpretativa, com articulação entre objetivo do recorte aqui delimitado, dados empíricos e base teórica.

Os sujeitos da pesquisa

Dentre os casais de mulheres entrevistados, três tinham planos concretos de utilizar as TR; quatro já haviam utilizado as TR, sendo que um deles com sucesso, já tendo um bebê; um dos casais tinha planos de utilizar ou TR ou adoção, e a mulher que realizou a entrevista sozinha já havia realizado uma adoção à brasileira^(g). Além disso, ambas as mulheres de um casal que tinha planos de realizar inseminação artificial já tinham filhos de relações heterossexuais anteriores (um cada uma), e outra mulher, membro de um casal que cogitava tanto o uso da TR quanto a adoção, já tinha três filhos de casamento heterossexual precedente.

Entre os casais de homens, três deles tinham planos concretos de adoção (inclusive, o casal representado pelo membro que prestou depoimento sozinho), e dois deles já haviam realizado a adoção de uma criança. Os entrevistados tinham de 27 a cinquenta anos, sendo a média das idades 36,95. Todos brancos, com alto nível de escolaridade e representativos de camadas médias urbanas. O perfil homogêneo das entrevistas não caracteriza uma situação buscada, mas resulta de particularidade de o campo envolver tratamento de alto custo.

^(g) É chamada de adoção à brasileira o registro de filho alheio em nome dos adotantes, com o consentimento dos pais biológicos.

Os nomes dados aos entrevistados são fictícios, como forma de proteção de suas identidades.

As referências às TR e as decisões dos casais

Os casais de mulheres mostraram preferência pelo uso de TR para efetivação do desejo de parentalidade. Já entre os homens, a decisão unânime foi pela adoção.

Embora nenhum casal de homens tenha utilizado ou demonstrado o desejo de utilizar TR, alguns entrevistados mencionaram a vontade de terem um filho geneticamente seu, com a “sua carinha”. A fala de Daniel é emblemática desta vontade: “É um desejo, sabe? É um desejo de ver alguém ali que eu sei que tem a minha carinha, entendeu? Veio de mim”. Tal fala, que representa a ideia de outros casais masculinos, exalta a importância da questão do vínculo biológico em termos de constituição de parentalidade, mesmo que a efetivação da parentalidade, para os entrevistados, tenha sido por meio da adoção.

Mesmo não tendo o plano de utilizar TR, para a maioria dos casais de homens as tecnologias de reprodução, no caso, o útero substitutivo, figuram como algo hipotético. É o que acontece no caso de Rubens, parceiro de Daniel: “Quando a gente começou a conversar disso (de ter filhos), a gente teve aquela fase de pensar assim, soluções mirabolantes [...] Eu cheguei a cogitar até: - Nossa Daniel, imagina se minha mãe fosse mais nova, você podia ter um filho, fazer uma fecundação artificial e minha mãe podia gerar um filho pra gente!”.

Para além da ideia hipotética do uso de útero de substituição, os entrevistados, nesse processo, revelam temer o vínculo biológico estabelecido entre a mulher e a criança, que se dá por meio da gestação e/ou óvulo, e as implicações legais daí decorrentes. O receio da “inserção do terceiro” é caracterizado na fala de Artur: “Botar numa barriga de uma terceira. Aí nós íamos estar o resto da vida vinculados a essa pessoa. Como que ia ser a relação com essa pessoa? [...] Dois pais homossexuais, ela podendo achar milhões de coisas contrárias, a mãe tendo preferência perante a justiça da guarda de um filho. É muito sério, uma escolha muito séria [...] Você envolver uma outra pessoa, vira um inferno”.

A ideia da maternidade entendida como um processo, que engloba o gestar e a ligação genética a partir do óvulo, é muito forte nas falas dos homens. Neste sentido, em seus discursos há reconhecimento da preponderância do vínculo biológico sobre o social e o receio de virem a “perder” o filho para a mãe biológica.

Assim, em contraponto à utilização da gestação substituta, vista como uma saída bastante complexa por necessitar de um óvulo doado e uma pessoa disposta a levar a gestação à diante e estar disposta a entregar a criança no final desta, a adoção se apresenta como opção factível, sendo que dois casais já haviam, de fato, concretizado a adoção. Tal achado também é reconhecido por Weston¹⁹, que afirma que o fato de os homens não poderem gerar crianças faz com que a saída mais utilizada por eles seja a adoção. De maneira geral, os entrevistados também não colocam o cuidado com bebês pequenos como experiência essencial na vivência da parentalidade, dando preferência, inclusive, por crianças mais velhas.

Quanto às mulheres, a adoção não se apresenta como a opção mais desejada. Mesmo quando pensada pelos casais, tende a ser vista como um processo difícil, moroso. A adoção tardia de crianças mais velhas (valorizada pelos casais de homens^(h)) não é considerada como opção para as mulheres, que desejam

^(h) Os dois casais de homens que concretizaram adoções adotaram meninos em torno dos 3, 4 anos.

vivenciar a gestação, parto, amamentação e cuidado de bebês. Segundo Beatriz: “Para conseguir adotar rápido tem que ser adoção tardia, pelo menos aqui [...] E a gente quer ter isso: ter esse cuidado com a criança pequena. E aí ia demorar muito [...] A inseminação, a fertilização, é muito mais rápido”.

Os achados desta pesquisa são similares aos de Luna²⁶, que entrevistou mulheres heterossexuais de camadas médias e de camadas populares que frequentavam clínicas e serviços de reprodução assistida. Suas entrevistadas também mencionam a burocracia para se adotar como um ponto negativo da adoção em contraposição à praticidade do uso de tecnologia reprodutiva para se ter filhos, a qual é escolhida como opção principal.

As mulheres, pelo fato de a gestação ocorrer em seus corpos, enfatizam essa vivência nas justificativas de por que utilizam o recurso à TR em detrimento da adoção. Além da experiência da gestação e amamentação, o desejo de ter um filho biologicamente seu também é trazido por algumas entrevistadas. Achado similar é encontrado no estudo de Ramírez-Gálvez¹⁴, no qual mulheres heterossexuais fazem a escolha pelo uso de TR e não pela adoção na busca de um filho geneticamente seu.

Mesmo os casais valorizando e defendendo uma ideia de família baseada nos laços afetivos, como também apontado por Weston¹⁹ sobre os casais homossexuais, o destaque para os laços biológicos na construção do parentesco mostraram-se expressivos. Tal movimento se objetifica em um matiz mais forte entre os casais de mulheres, que procuram ou planejam acessar serviços de RA. Mesmo com o alto custo, baixa efetividade e riscos à saúde^{8,9,14,26}, as mulheres preferem as intervenções da tecnologia médica frente à adoção; sentem e expressam, em suas falas, que um bebê produzido via TR é como se fosse um bebê produzido “naturalmente”, uma conquista apenas recentemente possível diante do avanço do campo da RA.

Às TR estão associados: fertilidade, gênero, maternidade, hereditariedade, reprodução consanguínea e parentesco. Estes valores remetem ao desejo do filho biológico, tido como justificativa para a oferta e contratação de serviços de reprodução assistida¹⁰, a despeito do fato de as técnicas continuamente proporcionarem a separação do parentesco biológico/genético do social. Contudo, uma diferença se faz presente entre casais heterossexuais e os de mesmo sexo: enquanto para o casal heterossexual a oferta de TR responde a uma necessidade de saúde (infertilidade), para os casais de mulheres, elas respondem a uma necessidade conformada socialmente, não sendo uma necessidade de saúde diretamente, pelo menos num primeiro momento.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves²⁷, as necessidades de saúde são formadas pela demanda – busca ativa pela intervenção –, que está inserida, por sua vez, dentro de uma lógica de consumo de serviço médico e depende de um contexto instaurador de necessidades. O desejo das lésbicas de terem filhos (demanda) conforma-se com a disponibilidade de tecnologia médica e interesse comercial das clínicas de RA: tem-se o contexto instaurador de necessidade instalado e, assim, novas necessidades “de saúde”, relativas às TR são criadas, que, na realidade, são mais necessidades criadas pelo e para o público de lésbicas do que necessidades de saúde na acepção original do termo. Por meio do uso de tecnologia reprodutiva, o vínculo biológico (pelo menos com uma das mães) se mantém inalienável. Não obstante, o campo atual da RA apresenta uma possibilidade a partir da qual as duas mulheres podem ter vínculo biológico com a criança produzida via tecnologia: a ROPA.

ROPA é a sigla para Reception of Oocytes from Partner ou, em português, Recepção de Óvulos da Parceira, procedimento no qual uma das parceiras gesta o embrião gerado pelo óvulo da outra com esperma de doador. Em linguagem cotidiana, ou como dizem as próprias entrevistadas, é colocado o “óvulo de uma na barriga da outra”. Ao invés da tecnologia reprodutiva se concentrar em uma mulher (como seria o caso “clássico” de uma inseminação artificial ou de uma fertilização), o emprego da tecnologia é “compartilhado”, “duplicado” entre as duas mulheres do casal, já que ambas são submetidas ao tratamento.

Há relatos de procedimentos condizentes à ROPA na literatura internacional^{14,28} sem a utilização do termo na caracterização do procedimento. Investigação na Espanha, entretanto, já utiliza a denominação ROPA²⁹ e produções de autoras nacionais^{4,5} também fazem uso do termo.

Dos três casais de mulheres que tinham planos reais de efetivarem uma reprodução assistida, dois expressaram o desejo de efetuar a ROPA. Entre os quatro casais que já haviam feito uso de tecnologia

reprodutiva, três deles haviam realizado, pelo menos, um procedimento de ROPA. Mesmo o casal que não teria condições de arcar financeiramente com um tratamento de reprodução assistida, optando pela adoção de forma hipotética, gostaria de fazer uso da ROPA. De forma análoga, em pesquisa realizada por Corrêa⁴ sobre mulheres lésbicas e maternidade, há menção de casais entrevistados que também fizeram o uso da técnica. Segundo Grossi³⁰, esse é o maior desejo entre lésbicas no país, o que corrobora os nossos achados. E é um sonho que vem virando realidade. Íris afirma sobre a ROPA: “É utopia, a utopia do filho das duas. Ele ser filho biológico das duas, isso é muito forte”.

As entrevistadas, de maneira geral, colocam a ROPA como promotora de um ideal de filho gerado biologicamente pelas duas mães, assim como acontece em uma reprodução sexuada com casais heterossexuais. A fala de Clarice traz esse ponto: “Porque é uma coisa que os héteros têm direito e a gente também quer ter. Gerar um filho da pessoa que a gente ama [...]. A maior alegria é saber que está gerando um filho da pessoa que você ama, que não é só seu, é um filho dela”.

A importância dada ao laço biológico e ao reconhecimento social e legal dele decorrente está presente, de forma bastante forte, nas falas das entrevistadas, ao mencionarem o porquê da preferência pela ROPA. Strathern, já em 1992²⁸, afirmava que a colocação do óvulo fecundado de uma das parceiras no útero da outra tem o significado de um ‘acontecimento natural’, ou seja, conjuga idealmente a filiação via a transmissão genética (por uma das mães) e o parto (pela outra).

Assim, a ROPA também configura uma saída para que ambas as mulheres do casal sejam reconhecidas legalmente como mães e possam, juridicamente, conquistar o vínculo filial numa interessante combinação em que os elos natural e social se fundem. O vínculo biológico afirma o vínculo social e o “papel de mãe”⁽ⁱ⁾.

Considerações finais

Segundo Luce³¹, as TR contribuíram para o desenvolvimento de um novo enfoque nos estudos de parentesco, pois, por meio delas, as mulheres lésbicas passam a não serem mais deslocadas dos discursos de reprodução. As participantes deste estudo, nesta direção, também apresentam preferência pela realização da ROPA, tecnologia que possibilita que as duas companheiras estabeleçam laços biológicos com a criança produzida, o que amplia as possibilidades de legalização do vínculo filial com ambas as mães.

Sendo assim, podemos observar que, dentre os entrevistados, de maneira geral, há a coexistência de dois discursos: o da preponderância dos laços sociais e o da predominância dos laços biológicos no processo de constituição da parentalidade. A lógica de mercado veiculada pelas clínicas de RA e redes sociais das quais as mulheres acessam e participam, por sua vez, alimenta a ênfase da importância dos laços biológicos para as mulheres. As clínicas de RA, ao oferecerem estes serviços, dão voz a esse imperativo, “criando” novas necessidades que podem ser satisfeitas mediante a aceitação das condições e regras destes estabelecimentos e o pagamento pelos serviços.

A ROPA é, portanto, um caso exemplar no âmbito deste debate. Sendo um “produto novo”, é buscada pelo segmento de lésbicas que têm projeto de filiação. Conforma-se, pois, como uma nova necessidade construída, que responde tanto ao desejo dos casais de mulheres quanto à ampliação de mercado das clínicas de reprodução no país. As clínicas de RA vêm oferecendo a ROPA como um novo

⁽ⁱ⁾ No único caso de utilização de TR bem-sucedida dentre as entrevistadas (Lia e Carla), o registro do filho pelas duas mães foi deferido frente à documentação de FIV concedida pela clínica de RA.

serviço já há alguns anos, como relatam as entrevistadas; e a Resolução de 2013 do CFM vem normatizar esta prática, podendo indicar que ela seja uma prática cada vez mais buscada no país.

Dentro desse panorama, colocam-se dois apontamentos: o primeiro diz respeito à diferença em termos do reconhecimento e legitimidade em relação ao uso de TR entre lésbicas e gays. As lésbicas vêm o uso da tecnologia de forma “natural”, enquanto os gays o julgam como artificial. A importância dada à vivência da maternidade em termos de amamentação e de cuidado de bebês figura para as mulheres como significativo para essa escolha. Esta valorização da maternidade e do vínculo biológico erigido entre mulher e criança a partir da gestação faz com que os homens se sintam pouco à vontade em utilizar as TR. Esse contexto revela a ênfase nos laços biológicos em face dos laços afetivos tanto pelos homens quanto pelas mulheres, apesar do fato de que, em seus discursos, esteja presente a importância das *famílias escolhidas*¹⁹, que são baseadas em escolhas afetivas, e não na biologia. O segundo apontamento está intrinsecamente ligado ao primeiro. A medicina é um campo de saber e um campo técnico que responde às práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas da qual também é parte¹¹. As TR, dentro desse contexto, são um representante do desenvolvimento tecnológico e de consumo de serviço médico, sendo a apropriação da vontade de ter filhos, pela medicina parte do processo de *medicalização da sociedade*¹¹. O mercado é ainda ampliado, uma vez que as TR possibilitam que casais de mesmo sexo tenham seus filhos a partir do arranjo entre biologia, ciência, tecnologia e capital, ou seja, por meio de uma combinação entre natureza e cultura, traduzida pela expressão *coreografia ontológica* de Thompson¹³.

Assim, os achados do estudo aqui descrito, o qual têm como enfoque a utilização ou não-utilização de TR por casais de mesmo sexo, contribuem para o levantamento da questão de que, no contexto das TR, pouco se tem olhado para quanto, nessa *coreografia ontológica*, são produzidas novas “necessidades de saúde” e como pouco têm sido consideradas as implicações individuais e sociais advindas desse fato¹⁰. Não obstante, a ainda incipiente problematização destas questões no campo da Saúde Coletiva, os desafios e as tensões entre medicina e sociedade estão colocados, requerendo um olhar crítico sobre seus desdobramentos.

¹⁰ Convém colocar que este movimento acontece com o uso de TR, seja ele feito por casais heterossexuais ou homossexuais.

Colaboradores

Camila Vitule foi responsável pelo desenho do artigo, pela análise inicial dos dados, redação inicial e final do artigo. Marcia Thereza Couto, foi corresponsável pelo desenho do artigo, pela seleção dos eixos analíticos e pela redação final do artigo. Rosana Machin, foi corresponsável pela interpretação dos resultados e pela elaboração do texto final.

Referências

1. Tarnowski FL. Pais assumidos: adoção e paternidade homossexual no Brasil contemporâneo [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
2. Uziel AP. Família e homossexualidade: novas questões, velhos problemas [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
3. Souza ER. Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo) sexualidade [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
4. Corrêa MEC. Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
5. Machin R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *BioSocieties*. 2014; 9(1):42-59.
6. Rotania AA. Biologia moderna, feminismo e ética. In: Scavone L, organizadora. *Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência*. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista; 1996. p. 167-87.
7. Fonseca C. A certeza que pariu a dúvida: paternidade e DNA. *Estud Fem*. 2004; 12(2):13-34.
8. Machin R. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Estud Fem*. 2000; 8(1):212-28.
9. Correa MV. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.
10. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
11. Strathern M. Parentesco por iniciativa: a possibilidade de escolha dos consumidores e as novas tecnologias da reprodução. *Anal Soc*. 1991; 25(114):1011-22.
12. Ramírez-Gálvez MC. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro [tese]*. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.
13. Thompson C. *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: MIT Press; 2005.
14. Ramírez-Gálvez MC. Razões técnicas e efeitos da incorporação do “progresso tecnocientífico”: reprodução assistida e adoção de crianças. *Soc Estado*. 2011; 26(3):565-85.
15. Ferreira MF. As novas regras para reprodução assistida na Folha de São Paulo [Internet]. In: 9º Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género; 2011; Sevilla, Espanha [acesso 2013 Maio 20]. Disponível em: <http://www.oei.es/congresoctg/memoria/pdf/FerreiraMaria.pdf>
16. Resolução CFM nº 2013/2013, de 16 de abril de 2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10. *Diário Oficial da União*. 9 Maio 2013. Seção 1:119.
17. Resolução CFM nº 1.358/1992, de 11 de novembro de 1992. Adota normas éticas para utilização das técnicas de reprodução assistida. *Diário Oficial da União*. 19 Nov 2011. Seção 1:16053.
18. Strathern M. *After nature: english kinship in the late twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
19. Weston K. *Families we choose: lesbian, gays, kinship*. New York: Columbia University Press; 1997.

20. Finkler K. The kin in the gene: the medicalization of family and kinship in american society. *Curr Anthropol*. 2001; 42(2):235-63.
21. Fonseca C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Estud Fem*. 2008; 16(3):769-83.
22. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Londres: Sage Publications; 1990.
23. Kendall C, Kerr LRFS, Godim RC, Werneck GL, Macena RHM, Pontes MK, et al. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*. 2008; 12(4):97-104.
24. Resolução CFM nº 1957/2010, de 15 de Dezembro de 2010. A Resolução CFM nº 1.358/92, após 18 anos de vigência, recebeu modificações relativas à reprodução assistida, o que gerou a presente resolução, que a substitui in totum. *Diário Oficial da União*. 6 Jan 2011. Seção 1:79.
25. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis*. 2011; 21(1):113-28.
26. Luna N. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
27. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
28. Strathern M. *Reproducing the future: anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press; 1992.
29. Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Hum Reprod*. 2010; 25(4):938-41.
30. Grossi MP. Gênero e parentesco: famílias gays e lésbicas no Brasil. *Cad Pagu*. 2003; (21):261-80.
31. Luce J. *Beyond expectation: lesbian/bi/queer woman and assisted conception*. Canada: University of Toronto Press Incorporated; 2010.

Vitule C, Couto MT, Machin R. Matrimonios del mismo sexo y parentalidad: una mirada sobre el uso de las tecnologías reproductivas. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1169-80.

El artículo discute las concepciones de los matrimonios del mismo sexo sobre el uso de Tecnologías Reproductivas (TR) en la efectuación del proyecto de parentalidad. El estudio de naturaleza cualitativa se basó en entrevistas semi-estructuradas realizadas en 2011 y 2012 con 26 entrevistados, residentes en el Área Metropolitana de São Paulo (12 matrimonios, un hombre y una mujer). En los discursos de las mujeres se señala que los lazos biológicos son preponderantes y ellas tienen la tendencia de querer utilizar las TR, principalmente la ROPA (Recibo del óvulo de la compañera, por sus siglas en portugués). Los hombres, incluso cuando manifiestan el deseo de tener un hijo con vínculo genético, optan por la adopción, entre otros motivos por el recelo del vínculo que pueda establecerse, por medio de la gestación, entre la madre sustituta y el niño. Se discute la medicalización social y cómo la ciencia, la tecnología y el mercado se unen en la creación de necesidades (de salud).

Palabras clave: Tecnología reproductiva. Homosexualidad. Responsabilidad parental.

Recebido em 08/08/14. Aprovado em 13/05/15.

Experiências homossexuais de adolescentes:

considerações para o atendimento em saúde

Stella Regina Taquette^(a)
Adriana de Oliveira Rodrigues^(b)

Taquette SR, Rodrigues AO. Homosexual experiences of adolescents: considerations for healthcare. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1181-91.

We aimed to ascertain the meanings of homosexual relationships among adolescents, in view of contexts of vulnerability that involve exercising sexuality in a homophobic society. We conducted interviews with nine male and four female adolescents who sought healthcare attendance and reported having homosexual experiences. For some of the boys, the homosexual experience occurred circumstantially, due to curiosity and experimentation; for others, it was associated with prostitution. For most of them, it was related to self-reported homosexual identity. Among the girls, two meanings stood out: homosexual activity associated with love and as a possible reaction to sexual violence suffered before the start of the homosexual experience. All the interviewees said that they had never been asked or guided about homosexuality at healthcare services. This study shows that there is a need for a comprehensive healthcare policy for this population, whose sexuality is different from the hegemonic pattern of society.

Keywords: Adolescence. Homosexuality. Sexual and reproductive rights. Homophobia. Sexual violence.

Objetivamos conhecer significados das práticas homoafetivas de adolescentes, tendo em vista contextos de vulnerabilidade que envolvem o exercício da sexualidade numa sociedade homofóbica. Realizamos entrevistas com nove rapazes e quatro moças que procuraram atendimento em saúde e relataram experiência homossexual. Para alguns rapazes, a experiência homossexual ocorreu de forma circunstancial, por curiosidade e experimentação; para outros, esteve associada à prostituição, e, para a maioria, relacionou-se à identidade homossexual autodeclarada. Nas moças, dois significados sobressaíram: a atividade homossexual associada ao amor e como possível reação à violência sexual sofrida antes do início da experiência homossexual. Todos os entrevistados revelaram nunca terem sido perguntados ou orientados acerca de homossexualidade nos serviços de saúde. O estudo evidencia a necessidade de uma política de atenção integral à saúde deste público, cuja sexualidade é diversa do padrão hegemônico da sociedade.

Palavras-chave: Adolescência. Homossexualidade. Direitos sexuais e reprodutivos. Homofobia. Violência sexual.

^(a) Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Av. Professor Manoel de Abreu, 444, Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20550-070. taquette@uerj.br

^(b) Laboratório de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. adriolro@yahoo.com.br

Introdução

A adolescência é uma fase de experimentação e de conhecimento do próprio corpo erótico cujas fronteiras se desenham dentro de certos quadros normativos, ainda que multiformes. A maioria das pessoas tem a sexarca homo ou heterossexual durante a adolescência e, hoje, se observa uma redução da idade em que ocorre, em ambos os sexos.

Adolescentes com práticas homossexuais vivem em contextos de maior vulnerabilidade à saúde devido a variados fatores: individuais, sociais e programáticos. Este segmento social se engaja menos em comportamentos de autocuidado, sofre mais violência e não recebe atendimento nos serviços de saúde que leve em conta sua diversidade¹. Dentro desta perspectiva, é mister que se reflita a respeito do desenvolvimento da sexualidade, visando atender o amplo espectro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes gays masculinos e femininos nos serviços de saúde.

A dinâmica atual da epidemia de aids demonstra um aumento do número de casos entre homens jovens que fazem sexo com homens (JSH), ao contrário das outras faixas etárias, em que está diminuindo. Os maiores índices de DST/Aids nos grupos sexualmente ativos encontram-se entre os HSH², e os JSH tendem a ter iniciação sexual mais precoce e com um maior número de parceiros do que os heterossexuais³. Belouqui⁴ destaca que o contato genital-anal é anatomicamente mais traumático e isso aumenta a vulnerabilidade ao contágio de DST.

As adolescentes do sexo feminino que têm sexo com outras mulheres apresentam necessidades de saúde diversas das heterossexuais que, em geral, passam despercebidas nos serviços de saúde⁵. Por outro lado, depressão e comportamento suicida são mais frequentes entre homossexuais do que em heterossexuais⁶⁻⁸.

Esforços têm sido feitos no campo da saúde no sentido de se conhecer a trajetória homoerótica dos adolescentes e ir de encontro às formas de discriminação que os colocam numa condição de maior vulnerabilidade à saúde. Para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos nos serviços de saúde, é necessária uma compreensão abrangente, técnica e humana, não preconceituosa da sexualidade como processo vital dos indivíduos¹. Estudo mostra que jovens gays e lésbicas, por vezes, evitam procurar serviços de saúde por medo de serem discriminados ao revelarem sua orientação sexual, o que pode estar evidenciando a falta de preparo dos profissionais para oferecer atendimento que considere a diversidade sexual e as especificidades dos adolescentes com práticas homoeróticas⁹.

A realização desta investigação foi motivada pela experiência clínica de atendimento de adolescentes, no âmbito da atenção primária, em que observamos a dificuldade dos jovens em expor os problemas de saúde, quando supunham que estes poderiam desvelar suas práticas homoeróticas. Somado a isso, considerando-se a alta incidência de DST em adolescentes do sexo masculino com práticas de prostituição¹⁰, e reconhecendo a existência de contextos de vulnerabilidade na atividade homossexual tanto do sexo masculino quanto do feminino, tivemos como objetivo conhecer os significados das práticas homossexuais de adolescentes que procuraram serviço de saúde.

Método

Devido à natureza do objeto em estudo, optamos pelo método qualitativo, adequado à busca de compreensão de significados mais profundos dos fenômenos. Realizamos o estudo por meio de entrevistas semiestruturadas. O público-alvo foi composto por adolescentes de ambos os sexos, que procuraram atendimento, por qualquer motivo, num serviço de saúde de Atenção Primária para adolescentes, e que informaram, na história clínica, alguma experiência homossexual. Este estabelecimento de saúde pertence a uma universidade pública, referência no atendimento de adolescentes de 12 a 19 anos, nos três níveis de atenção, primária, secundária e terciária. No nível primário, a demanda é espontânea ou encaminhada de outros estabelecimentos de saúde. A população que procura esta instituição é, majoritariamente, de nível socioeconômico menos favorecido. Os adolescentes são atendidos com respeito à privacidade, autonomia, confidencialidade e sigilo da consulta.

Trabalho de campo

As entrevistas foram realizadas durante os anos de 2004 e 2005, e a amostra foi de conveniência. O critério de seleção dos sujeitos foi ter tido pelo menos uma experiência com alguém do mesmo sexo, independente da demanda clínica que os levou ao serviço. Faz-se necessário destacar a dificuldade que tivemos em compor a amostra desta pesquisa, na medida em que adolescentes, quando não aceitam seus próprios sentimentos e orientação sexual, não revelam com facilidade suas experiências homoeróticas. Os adolescentes que preenchiam os critérios de seleção da pesquisa não eram convidados a participar *a priori*, pois tínhamos o entendimento de que, amiúde, a relação entre a identidade sexual e a demanda clínica de atendimento poderiam estar associadas. Portanto, no intuito de proteger o adolescente e não produzir efeito iatrogênico, o convite a compor a amostra da pesquisa foi realizado somente num segundo encontro, quando já havia sido construído um vínculo com o paciente. Houve uma recusa à participação, e dois que aceitaram ser entrevistados não compareceram no dia marcado para a realização da entrevista. Após 18 meses de trabalho de campo, conseguimos ter a adesão à pesquisa de 14 adolescentes, nove do sexo masculino e cinco do feminino, que foram entrevistados no próprio serviço de saúde.

Procedimentos de coleta e registro de dados

A entrevista obedeceu a roteiro que incluiu questões relacionadas a: dados pessoais, relações familiares, histórico de violência, ideação suicida, experiências sexuais e atendimento à saúde. Tiveram duração média de setenta minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra. Foram feitas anotações, imediatamente após sua realização, de informações relevantes fornecidas antes do momento da gravação e das impressões da entrevistadora a respeito das mesmas.

Análise dos dados

Realizamos a análise dos dados, de acordo com princípios hermenêuticos-dialéticos balizados por Minayo¹¹, por meio dos seguintes passos: leitura e releitura compreensiva dos dados textuais, para se ter visão do conjunto e apreender seus principais conteúdos; classificação dos relatos e recorte e colagem do texto de acordo com as categorias que emergiram dos dados, tendo em vista os objetivos do estudo; identificação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às questões levantadas, buscando entender a lógica interna deste grupo; diálogo comparativo com o referencial teórico do estudo e com a literatura; e elaboração de síntese interpretativa com triangulação¹² de equipe multidisciplinar composta por médica, psicóloga e assistente social.

Aspectos éticos

O estudo atende às normas éticas contidas na Resolução 196/90 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 10/10/2003. Ademais, foi dada garantia de continuidade do atendimento em saúde para todos os entrevistados, respeitando-se, assim, não só os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, como o acolhimento das demandas surgidas ao longo da investigação.

Resultados e discussão

A idade de nossos interlocutores variou de 15 a 19 anos, e a primeira experiência homossexual ocorreu entre oito e 18 anos. A maioria deles apresentava atraso escolar maior que dois anos, e todos relataram vivências de episódios de violência exercidos no âmbito familiar e social. Essas violências perpassam as narrativas de todos os entrevistados, imputadas aos sujeitos por meio de ofensas

personais, agressões físicas, manifestações homofóbicas, aqui entendidas como aquelas que expressam ódio e aversão aos homossexuais. Harrison¹³, em estudo com adolescentes homossexuais americanos, estabeleceu relação entre a assunção da identidade homossexual e as vivências de violência. Contudo, moças e rapazes gays são expostos a elas de forma distinta, com desdobramentos que afetam suas identidades e relações intersubjetivas. Os primeiros relataram mais episódios de violência homofóbica, e as adolescentes foram vítimas de violências de gênero.

Dos 14 entrevistados, 12 revelaram pensamento ou tentativa suicida, e dois rapazes que procuraram atendimento devido à DST apresentaram soropositividade para o HIV. Quanto à orientação sexual, apenas 64,3% dos entrevistados se autodeclararam homossexuais.

No que diz respeito ao atendimento em saúde, nenhum dos entrevistados foi indagado anteriormente sobre experiências homossexuais ou recebeu alguma orientação neste tema por parte dos profissionais que os atenderam. Por outro lado, também não houve relatos de discriminação devido à orientação sexual. Os profissionais de saúde reproduzem a heteronormatividade presente na sociedade e em quase todas as culturas¹⁴, e agem como se todos fossem heterossexuais.

Na análise das narrativas dos rapazes, surgiram três significados distintos das experiências homossexuais. Para alguns, a experiência homossexual ocorreu de forma circunstancial, por curiosidade e experimentação; para outros, esteve associada à prostituição, e, para a maioria, relacionou-se à orientação homossexual autodeclarada. As narrativas das adolescentes revelaram experiências diversas das dos adolescentes. Dois significados das práticas homoafetivas sobressaíram: a atividade homossexual associada ao afeto amoroso, e como possível reação à violência sexual sofrida antes do início da experiência homossexual.

Experiência homossexual ocasional

A atividade sexual eventual e a título de experimentação foi apresentada como um acontecimento fortuito em que foram envolvidos, involuntariamente, em situações que culminaram com o contato homoerótico. Mesmo tais vivências sexuais não sendo definidoras da orientação sexual destes adolescentes e fazendo parte do processo de desenvolvimento da sexualidade, eles demonstraram, em suas narrativas, certa culpa. Provavelmente, este sentimento é influenciado pelo padrão homofóbico da sociedade, o que os faz rejeitar a possibilidade de se considerarem homo ou bissexuais. O contexto sociocultural regido pela heteronormatividade compulsória, norma social que se constitui pela obrigatoriedade da heterossexualidade, constrói uma relação necessária e coerente entre identidade de gênero, desejos e práticas sexuais. É essa normatividade que informa as convenções de gênero e sexualidade na sociedade, marcadas por uma assimetria entre o masculino e o feminino¹⁵. Aqueles que não se enquadram nesta norma sentem-se inadequados. Vejamos suas falas:

“Eu tinha dez pra onze anos. Só sei que foi assim algo de momento. Éramos todos da mesma idade. Começou a acontecer uma troca de carinho, como uma brincadeira deles e quando foi ver nós estávamos nos relacionando”.

“Foi essa vez só. Ele começou a me alisar, mesmo eu não querendo. Aí, eu deixei rolar. Experimentei, mas não gostei”.

As experiências homossexuais ocasionais na infância e adolescência fazem parte do processo de construção da identidade sexual, a qual só assume sua forma definitiva, em geral, no final da adolescência. Em ampla pesquisa sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros, Heilborn e Cabral verificaram formas variadas de desejo que fogem à heteronormatividade¹⁶. Freud, em seus ensaios sobre a sexualidade, publicados a primeira vez em 1920, traz como aspecto importante sobre compreensão da eleição do objeto sexual, a suposição de uma bissexualidade original dos indivíduos humanos e, ainda, que é preciso considerar que a posição sexual adulta exige um processo de flutuação e aprendizagem de ambos os papéis, considerando a complexidade e possibilidades de arranjos subjetivos¹⁷.

Experiência homossexual por meio da prostituição

Outro significado percebido para as experiências homossexuais dos rapazes refere-se à prostituição, e foi observado nas narrativas tanto de adolescentes que se consideram heterossexuais como homossexuais. Em ambos os casos, a justificativa externada para esta prática foi a necessidade de ganho financeiro. Os primeiros, no entanto, se arrependem, e não se sentem menos 'machos' por isso. Referiram ser assediados por homens mais velhos e se ressentem das grandes privações que têm de passar pela falta de dinheiro. Verificamos certa naturalização da experiência da prostituição mascarando a violência contida na mesma, tanto a estrutural quanto a resultante da desigualdade de poder entre o perpetrador e o adolescente prostituído. Por outro lado, a comercialização do corpo, ocorrida com adolescentes e jovens do sexo masculino, é reconhecida como um fator importante de vulnerabilização ao HIV/aids¹⁸.

Os comportamentos dos sujeitos são forjados por relações e por significados da sexualidade construídos na história e em diferentes níveis sociais, abrangendo questões macrossociais, sócio-históricas e específicas das relações interpessoais. As subjetividades dos indivíduos e suas condutas são fortemente influenciadas por determinantes sociais¹⁹.

Identidade homossexual autodeclarada

O terceiro significado da experiência homossexual de nossos interlocutores do sexo masculino, presente nas narrativas da maioria deles, estava associado à orientação homossexual autodeclarada. O início da atividade homoerótica destes adolescentes ocorreu, frequentemente, com baixa idade, na infância e pré-adolescência e, às vezes, com parceiros bem mais velhos. Chamou nossa atenção o fato de esta iniciação homossexual precoce não ser percebida por eles como abuso ou coerção sexual, e sim como natural, uma vez que tal experiência sexual foi "consentida/esperada/desejada." A atividade sexual destes rapazes era intensa e quase sempre desprotegida. No estudo realizado por Heilborn e Cabral¹⁶, observou-se que o número de parceiros é muito maior entre homens homo-bissexuais em comparação com as mulheres homo-bissexuais. O imperativo da masculinidade lhes impõe a quase obrigatoriedade de ter relações sexuais, aproximando-os dos padrões de conduta dos homens heterossexuais, e evidenciando que as trajetórias juvenis de relacionamento afetivo e a iniciação sexual aparecem fortemente estruturadas pelos padrões de gênero. Além disso, um agravamento às vulnerabilidades destes adolescentes que se reconhecem homossexuais é a percepção da masculinidade do outro como fator de atração, o que parece representar um aumento do risco de contrair o HIV, conforme identificado em estudo desenvolvido com JSH nos EUA²⁰.

No domínio da construção da identidade homoerótica, no limite dos dados coletados, grande parte dos entrevistados teve relação sexual com mulher, expressando a necessidade de testar seu desejo e ter certeza de sua orientação sexual. No processo de construção da identidade homossexual, inicialmente, o indivíduo sente-se diferente de seus pares do mesmo sexo e idade, sem entender por quê. Em seguida, passa por um período de confusão em que tenta ignorar qualquer impulso homossexual. Quando resolve experimentar o contato com o outro do mesmo sexo, sente-se mal devido ao fato de não seguir o roteiro esperado pela família e por não corresponder ao padrão sexual hegemônico estabelecido pela sociedade. Por vezes, percebe-se a culpa resultante da internalização da homofobia, que contribuiu com a baixa autoestima²¹.

A assunção da orientação sexual se estabelece na adolescência, no entanto, sua percepção pode ocorrer antes das primeiras experiências homoeróticas. O processo de identificação, mais complexo do que possa ser aqui explicitado, é vivido pelo sujeito como transgressão, provocando um sentimento de estranheza, quando da tomada de consciência do desejo homossexual. Uma vez que vão gradativamente se aceitando e reconhecendo-se homossexuais, não demonstram mais conflito de orientação sexual. Entretanto, essa assunção não elimina o sofrimento resultante do descompasso entre sua orientação e aquela socialmente legitimada. A descoberta dos sentimentos homoeróticos e o sofrimento resultante deste processo são assim exemplificadas:

“Nessa pesquisa o que mais vai ouvir dizer é que a pessoa não vira. A pessoa já nasce assim, com aquela coisa dentro dela. ... Antes eu me reprimia muito, sabe? Eu era infeliz. Tinha aquela coisa, sabe, [pensava], isso é anormal?”

“Acho que desde pequenininho já me interessava por homens. Sempre me vi como homem-mulher. Me sentia muito sozinho quando era pequeno. Eu sempre tive um leve toque de feminilidade. Hoje já estou me aceitando mais. Já não estou agindo como um E.T. Sabe, um E.T. que tá no meio de uma multidão, que ninguém reconhece”.

Em pesquisa realizada com homens homossexuais, Nunan²² relata que todos os entrevistados disseram que já nasceram homossexuais. Nenhum disse ter escolhido ser homossexual. A maioria dos entrevistados por Nunan teve a primeira relação sexual com mulher, por experimentação e para ter certeza de sua orientação sexual.

No desenvolvimento sexual dos adolescentes, no momento em que relataram sua história sexual, paradoxalmente, alguns remeteram suas narrativas às experiências infantis, associando ser gay ao fato de ter sido abusado. Eles foram ao passado para justificar o presente, e o passado esteve marcado pela violência. Neste tocante, afirmam:

“Meu primeiro relacionamento sexual que tive com oito anos de idade foi com um homem. E acabei gostando. Isso influenciou meu caminho, com certeza. Aí eu fiz com outros e fui me acostumando cada vez mais”.

A violência homofóbica impacta a vida de adolescentes e limita o acesso destes indivíduos à proteção social, escolaridade e emprego, representando menos recursos econômicos e conduzindo-os à marginalidade que, às vezes, resulta na necessidade de recorrer ao comércio sexual²³. Como um mecanismo de evitar a rejeição e hostilidade, adolescentes homossexuais são pressionados a esconder suas identidades sexuais. Este fato agrava as preocupações esperadas e normais de desenvolvimento da adolescência e pode lhes causar problemas¹³. A homofobia contribui para que adolescentes homossexuais adotem práticas sexuais de risco e se isolem²⁴, não tendo coragem de revelar suas orientações sexuais^{25,26}, manifestando suas preferências sexuais somente para poucos.

No âmbito da saúde, por sua vez, o sistema é organizado de acordo com as necessidades das populações heterossexuais. Os profissionais agem quase sempre supondo que o adolescente é heterossexual, o que torna mais difícil para os homossexuais se revelarem. Portanto, a atividade homossexual carece de legitimidade pública, sem a qual leva sua prática à clandestinidade e reforça o discurso de degradação moral. Com isso, reduz-se a autoestima dos homossexuais, tornando difícil a adoção de práticas sexuais seguras, e leva, frequentemente, ao consumo de bebidas alcoólicas e de drogas²⁴. Castigos desumanos, por parte da família, são relatados por homossexuais quando, ainda adolescentes, revelaram suas práticas homoeróticas: humilhações verbais, terror psicológico, surras, alguns chegando a ter fraturas ósseas e sequelas irreparáveis. Muitos gays menores de 18 anos são expulsos de casa e, não tendo onde morar ou a quem recorrer, iniciam-se na prostituição como michês ou travestis. Alguns, por não resistirem a estas violências, encontram, no suicídio, a solução para se livrarem de todo este sofrimento²⁷.

Atividade homossexual relacionada a afeto amoroso

O principal significado dado por nossas interlocutoras à atividade homossexual foi o amor que sentem por suas parceiras. As relações homoeróticas das moças demonstraram a presença de grande afeto, superior ao desejo sexual. Estas seguem o padrão hegemônico do gênero feminino, mais associado ao amor romântico. A ligação afetiva é preponderante à sexual, como exemplifica a narrativa a seguir:

“Antes de a gente transar, não se mostra um prazer. A gente mostra um amor que sente uma pela outra, entendeu? Transar é uma coisa assim, normal. Mas assim, se é para eu deitar na cama com ela, transar com ela, eu transo por amor, não por prazer”.

Nossos achados são corroborados por dados da literatura que apresentam a homossexualidade feminina como diferente da masculina, no que tange às suas parcerias. Para as mulheres, o sexo está relacionado ao afeto. O mesmo não acontece entre os homens, que são capazes de ter várias relações sexuais no mesmo dia com desconhecidos somente pelo prazer²⁸. Loyola²⁹ destaca que o prazer sexual da mulher é lento, construído, assim como o amor. Nesta mesma direção, Palma³⁰ considera que o casal de mulheres é marcado por um intenso companheirismo, com forte ênfase no apoio psicológico mútuo. A sexualidade não encontra, entre as lésbicas, a mesma importância que tem entre os *gays*, pois a escolha das parceiras, mesmo eventuais, não se efetiva em função da atração sexual, e sim do amor. Estas características observadas nas parceiras femininas são coerentes com uma sociedade predominantemente patriarcal e heteronormativa. Os padrões de comportamento, valores, normas de gênero ao longo da história são apresentados e incorporados como naturais, repercutindo nas relações afetivo-sexuais e na saúde dos sujeitos. Homens e mulheres são instigados a assumirem papéis diferenciados, onde o amor e afetividade, por exemplo, são prerrogativas do sexo feminino. Elas têm impregnados, em seus corpos e subjetividade, os atributos do amor romântico.

A associação entre escolha homoerótica e o amor, observada nas narrativas das meninas entrevistadas, não foi apenas preponderante para a identidade sexual, mas necessária para a manutenção da integridade do sujeito em sua unidade. Algumas externaram sintomas depressivos e pensamento suicida quando da perda do objeto de amor, que foram insuportáveis para elas.

Dentro das parcerias homossexuais encontradas nestas adolescentes, observamos que a estrutura dos relacionamentos se mostrou como reparação de uma família nuclear que esteve ausente. Suas histórias evidenciaram o desejo de encontrar um pai, uma mãe, alguém que cuidasse delas. E os relacionamentos homossexuais vieram suprir esta falta, ocupar este espaço afetivo vazio. Portanto, a principal motivação para a escolha homoerótica das moças parece diferir, em sua essência, da dos rapazes. Inferimos que a ideação suicida, no caso dos homens, está mais relacionada à homofobia social, e, das mulheres, à perda do objeto amoroso.

Atividade homossexual associada à vitimização sexual

A violência sexual referida pelas adolescentes entrevistadas foi perpetrada por homens conhecidos, do círculo familiar ou social, antes da primeira experiência homossexual das jovens. Todas pertenciam a famílias disfuncionais, sem um ou ambos os cônjuges. A representação paterna contida nas narrativas foi de abandono, de desconhecimento e de rejeição, resultante da ausência de pai, seja de fato ou do ponto de vista afetivo.

Neste estudo, algumas entrevistadas estabeleceram um nexos causal entre as situações de violência vivenciadas e a escolha homoerótica:

“Poxa, eu me interessava por uma pessoa do mesmo sexo que eu...? Não sei se é por causa do abuso que eu sofri, entendeu? Mas eu prefiro mais ficar do lado de uma pessoa do mesmo sexo do que eu. Eu me sinto segura. Ficar com amiga que se preocupa com seu bem”.

A narrativa acima também sintetiza o impacto das ausências materna e paterna, evidenciado na expressão de como o cuidado é valorizado no relacionamento homoafetivo. Na constituição dos relacionamentos, as adolescentes buscaram mulheres mais velhas e experientes, ocupando, provavelmente, o papel do homem no roteiro da relação, de provedor, protetor. Todavia, elas demonstraram alguma sujeição ao sexo, da mesma forma assimétrica e desigual dos relacionamentos homem – mulher.

Considerações finais

Este estudo nos mostra que existe muita variabilidade de comportamentos sexuais entre indivíduos com orientação homossexual. Provavelmente, muito mais jovens têm orientação homoerótica do que aqueles que, de fato se, envolvem com alguém do mesmo sexo ou que abraça uma identidade gay. As mulheres tendem a definir sua orientação sexual por referências a comportamentos românticos e, os homens, por desejo e prática sexual³¹.

As adolescentes entrevistadas, assim como os rapazes, não tiveram, nos serviços de saúde, acolhimento que considerasse suas demandas sexuais, o que está de acordo com outros estudos que demonstram que os profissionais não perguntam e, muitas vezes, desconhecem as práticas sexuais entre mulheres ou entre homens, pressupondo que são heterossexuais, o que representa mais uma violência vivenciada por este grupo, dificultando que exponham suas necessidades^{32,33}. Este dado sinaliza a necessidade de ações para contribuir com o aprimoramento dos serviços de saúde, para que possam oferecer condições, aos adolescentes que não se enquadrem na heteronormatividade, de terem seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos³⁴. Diversos estudos demonstram que, para um jovem revelar suas experiências homoeróticas num atendimento em saúde, é preciso que isso seja perguntado e que haja um acolhimento por parte do profissional. Isso resulta numa chance maior de intervenção preventiva e terapêutica, assim como de realização de uma triagem para o HIV³⁵⁻³⁸.

Lionço³⁹ destaca ser fundamental, para a política de saúde para a população LGBT, a promoção da equidade, reconhecendo e refletindo sobre a condição de vulnerabilidade em que se encontra essa população em relação aos direitos humanos e, mais especificamente, quanto aos direitos sexuais e reprodutivos.

Verificamos, no espectro de significados das experiências homossexuais de nossos interlocutores, que estes vivem em contextos de maior vulnerabilidade à saúde. Alguns sofrem uma *sinergia de vulnerabilidades*²³ devido à opressão, marginalização e violência às quais estão expostos. Portanto, é um grande desafio a identificação e compreensão das particularidades do exercício da sexualidade deste grupo populacional, para o enfrentamento de doenças como a aids⁴⁰. Ressalta-se a importância de se refletir sobre as práticas sexuais vulneráveis entre os jovens, pois eles desconhecem a aids como epidemia, já que se tornaram sexualmente ativos após o advento do coquetel de antirretrovirais que provocou uma grande mudança na concepção da doença, antes fatal e, agora, crônica.

Por fim, ressaltamos a necessidade de uma política de atenção integral à saúde deste público, cuja sexualidade é diversa do padrão hegemônico da sociedade. Só assim, será possível suprir as demandas legítimas de saúde destes, o que implica a aceitação e o reconhecimento do valor da sexualidade independente do fim reprodutivo.

Nosso estudo apresenta limitações, pois a amostra foi composta por demanda espontânea de adolescentes em um serviço público de saúde. Estar num serviço de saúde é um indicativo de que estes sujeitos procuraram ajuda para seus problemas, ou seja, revela um cuidado de si. Portanto, podemos considerar que os entrevistados tinham um diferencial em relação a outros adolescentes com práticas eróticas em campos como a escola e outros espaços de socialização de adolescentes. Além disso, a amostra limitou-se a adolescentes de classe social menos favorecida.

Colaboradores

Stella Regina Taquette participou da elaboração do artigo, de sua discussão, redação e revisão do texto. Adriana de Oliveira Rodrigues participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Referências

1. Rios LF, Pimenta C, Brito I, Terto Júnior V, Parker R. Rumo à adulez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. *Cad Cedes*. 2002; 22(57):45-61.
2. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Aids no Brasil* [Internet]. Brasília (DF): MS; 2013 [acesso 2013 Maio 14]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>
3. Rios LF. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 Supl 2:S223-S32.
4. Beloqui JA. Risco relativo para aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(3):437-42.
5. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009; 19(2):301-31.
6. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saude Soc*. 2012; 21(3):651-67.
7. Remafedi G. Adolescent homosexuality: dare we ask the question? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160(12):1303-4.
8. Remafedi G. Suicidality in a venue-based sample of young men who have sex with men. *J Adolesc Health*. 2002; 31(4):305-10.
9. Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, Beals KP, Schuster MA. Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160(12):1248-54.
10. Taquette SR, Vilhena MM, Santos UPP, Barros MMV. Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(2):399-407.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
13. Harrison TW. Adolescent homosexuality and concerns regarding disclosure. *J School Health*. 2003; 73(3):107-12.
14. Berg-Kelly K. Adolescent homosexuality: we need to learn more about causes and consequences. *Acta Paediatr*. 2003; 92(2):141-4.
15. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
16. Heilborn ML, Cabral CS. Trajetórias homo-bissexuais. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz; 2006. p. 361-97.
17. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. In: Freud S, organizador. *Complete works*. Tomo II. 4a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981. p. 1169-284.
18. Parker R. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
19. Knauth DR, Heilborn ML, Bozon M, Aquino EML. Sexualidade juvenil: aportes para as políticas públicas. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz; 2006. p. 399-417.

20. Fields E, Bogart LM, Smith KC, Malebranche DJ, Ellen J, Schuster MA. HIV risk and perceptions of masculinity among young black men who have sex with men. *J Adolesc Health*. 2012; 50(3):296-303.
21. Blais M, Gervais J, Hebert M. Homofobia internalizada como mediador parcial do bullying homofóbico e autoestima entre jovens de minorias sexuais em Quebec (Canadá). *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(3):727-35.
22. Nunan A. Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo. Rio de Janeiro: Caravansarai; 2003.
23. Parker R, Camargo Júnior KR. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saude Publica*. 2000; 16 Supl1: S89-S102.
24. Ortiz Hernandez L, Garcia Torres MI. Opressão internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(6):956-64.
25. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Bessa JC. Reflexões sobre homofobia e educação em escolas do interior paulista. *Educ Pesqui*. 2011; 37(4):725-41.
26. Pochay FA, Nardi HC. Saindo do armário e entrando em cena: juventudes, sexualidades e vulnerabilidade social. *Rev Estud Fem*. 2007; 15(1):45-66.
27. Mott L. Os homossexuais: as vítimas principais da violência. In: Velho G, Alvito M, organizadores. *Cidadania e violência*: Ed. UFRJ; 1996. p. 99-146.
28. Fry P, MacRae E. O que é homossexualidade? São Paulo: Abril Cultural, Brasiliense; 1985. (Coleção Primeiros Passos)
29. Loyola MA. A sexualidade nas ciências humanas. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
30. Palma YA, Levandowski DC. Vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas. *Psicol Estud*. 2008; 13(4):771-9.
31. Savin-Williams RC, Cohen KM. Homoerotic development during childhood and adolescence. *Child Adol Psychiatr Clin North Am*. 2004; 13(3):529-49.
32. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25 Supl 2:S291-S300.
33. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*. 2011; 21(4):1451-67.
34. Vilhena MM, Taquette SR. Adolescência e homossexualidade: uma leitura psicanalítica. In: Malagutti W, Bergo AMA, organizadores. *Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Martinari; 2009. p. 353-67.
35. Igartua K, Thombs BD, Burgus G, Montoro R. Concordance and discrepancy in sexual identity, attraction, and behavior among adolescents. *J Adolesc Health*. 2009; 45(6):602-8.
36. Kipke MD, Kubicek K, Weiss G, Wong C, Lopez D, Iverson E, et al. The health and health behaviors of young men who have sex with men. *J Adol Health*. 2007; 40(4):342-50.
37. Hoffman ND, Freeman K, Swann S. Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *J Adolesc Health*. 2009; 45(3):222-9.
38. Silenzio VMB, Dubersteina P, Tanga W, Lu N, Tu X, Homan CM. Connecting the invisible dots: reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networksstar. *Soc Sci Med*. 2009; 69(3):469-74.

39. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude Soc.* 2008; 17(2):11-21.
40. Bernstein KT, Liu KL, Begier EM, Koblin B, Karpati A, Murrill C. Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. *Arch Int Med.* 2008; 168(13):1458-64.

Taquette SR, Rodrigues AO. Experiencias homosexuales de adolescentes: consideraciones para la atención en salud. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(55):1181-91.

Nuestro objetivo fue conocer los significados de las prácticas homoafectivas de adolescentes, llevando en consideración contextos de vulnerabilidad que envuelven el ejercicio de la sexualidad en una sociedad homofóbica. Realizamos entrevistas con nueve muchachos y cuatro muchachas que buscaron atención de salud y relataron la experiencia homosexual. Para algunos muchachos, la experiencia homosexual se realizó de forma circunstancial, por curiosidad y como experiencia; para otros, estuvo vinculada a la prostitución y para la mayoría se relacionó con la identidad homosexual auto-declarada. En las muchachas se destacaron dos significados: la actividad homosexual asociada al amor y como posible reacción a la violencia sexual sufrida antes del inicio de la experiencia homosexual. Todos los entrevistados revelaron que nunca nadie les había preguntado u orientado sobre la homosexualidad en los servicios de salud. El estudio muestra la necesidad de una política de atención total a la salud de este público, cuya sexualidad es diferente del estándar hegemónico de la sociedad.

Palabras clave: Adolescencia. Homosexualidad. Derechos sexuales y reproductivos. Homofobia. Violencia sexual.

Recebido em 03/07/14. Aprovado em 15/03/15.

A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia

Franciele Roberta Cordeiro^(a)
 Maria Henriqueta Luce Kruse^(b)

Cordeiro FR, Kruse MHL. Production of an end-of-life curriculum vitae through the pedagogical apparatus of the media. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1193-205.

This paper analyzed how the discourse on death circulates within the Brazilian media, thereby producing an end-of-life curriculum vitae. It stemmed from document research in which the theoretical-methodological reference framework was the thinking of Michel Foucault. The empirical material was composed of ten reports that circulated in the magazines *Época* and *Veja* between 2002 and 2012. To delimit the corpus for the analysis, discursive mapping was elaborated using the ATLAS.ti 7 software. The findings were subjected to discourse analysis inspired by Foucault's thinking. The acceptance of death and its domestication appeared as strategies produced by the State and legitimized through the media. These informative Brazilian magazines produced end-of-life curricula vitae, thereby teaching and publicizing acceptance of death and calling on subjects to govern their own end. Those who escape from this discursive order are considered to be "abnormal" in the end-of-life context.

Keywords: Death. Nursing. Palliative care. Education nursing. Cultural Studies.

Neste artigo, que partiu de uma pesquisa documental cujo referencial teórico-metodológico foi o pensamento de Michael Foucault, analisa-se como os discursos sobre a morte circulam na mídia brasileira, produzindo um currículo do final da vida. O material empírico foi composto de dez reportagens que circularam entre 2002 e 2012 nas revistas *Época* e *Veja*. Para delimitar o corpus de análise, elaborou-se um mapeamento discursivo com o software ATLAS.ti 7, e os achados foram submetidos à análise do discurso de inspiração foucaultiana. A aceitação da morte e sua domesticação despontam como estratégias produzidas pelo Estado e legitimadas pela mídia. As revistas informativas brasileiras produzem um currículo do final da vida, ensinando e propagando a aceitação da morte e convocando os sujeitos a governarem seu fim. Aqueles que escapam dessa ordem discursiva são considerados os "anormais" no contexto do final da vida.

Palavras-chave: Morte. Enfermagem. Mídia. Educação em Enfermagem. Estudos Culturais.

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963, sala 205, Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-110. franciele.cordeiro@ufrgs.br; mkruse@hcpa.ufrgs.br

Sobre o que ensinar

Um currículo é um caminho que mostra a direção na qual devemos seguir. Atua por meio de um processo educativo, modulando comportamentos, ou seja¹, tem por finalidade constituir sujeitos, tendo sido considerado um instrumento de excelência para educar na modernidade. Esse dispositivo “conecta o que se passa no eixo do pensamento com o que se passa no eixo do corpo; entre as muitíssimas coisas que o currículo faz, está a relação que ele estabelece entre o que se pensa e o que se faz”¹ (p. 7). Nesse aspecto das relações, entre aquilo que se pensa e aquilo que se faz, podemos configurar a mídia como dispositivo pedagógico.

A mídia é um importante meio de difusão de comportamentos, constitutiva de opiniões, modos de agir e pensar, ‘ensinando’ como se portar frente às diferentes demandas, inclusive, a respeito da morte². O jornal, a televisão, a internet, o rádio e as revistas são os meios pelos quais a população tem acesso a informações sobre os mais variados temas. Dentre as notícias ou informações que circulam nesses meios, a morte aparece com frequência. Por meio da mídia, tomamos conhecimento daqueles que faleceram, do modo como faleceram e de que maneira isso impactou na organização social.

Uma das formas de abordar a morte na mídia é apresentá-la como questão ética a ser debatida. Sob a perspectiva foucaultiana, utilizada para desenvolver este estudo, os discursos que circulam na mídia constituem-se de enunciados que ganham legitimidade, atravessando os corpos que os ‘consomem’. Assim, os bens produzidos pela mídia tornam-se lugar de produção de verdades e de circulação de ideias, valores, normas, posturas, propondo modos de conduzir tanto a vida quanto a morte dos sujeitos³.

Os sentidos atribuídos à morte em uma sociedade nos permitem conhecer o lugar que os corpos ocupam e como são atravessados por normas, valores e desejos, variando conforme a cultura e as demandas de cada sociedade. As experiências relacionadas ao final da vida passam pelo corpo e oscilam entre algo que é aceito e inevitável e aquilo do que é necessário afastar-se⁴. Conhecer a experiência sobre a morte em uma sociedade nos remete a pensar sobre o modo como os corpos são atravessados por normas, valores e desejos. Utilizamos a palavra experiência neste texto para caracterizar aquilo que nos passa e nos toca, “aquilo que acontece afeta de algum modo, produz afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns efeitos”⁵ (p. 24). Como exemplo de experiência, destacamos as diferentes concepções acerca de eventos que permeiam o morrer, como: a eutanásia, o suicídio assistido, os Cuidados Paliativos, entre outros que são concebidos de diferentes modos em alguns países. Na Inglaterra, é emergente o debate sobre o suicídio assistido. Na Holanda e na Suíça, instituições auxiliam pessoas a terminarem suas vidas, em caso de doenças fora de possibilidade de cura⁶. Na França, por exemplo, houve uma abertura, a partir de 2004, para as questões relativas ao governo da morte por parte dos sujeitos, por meio de Diretivas Antecipadas de Vontade, decorrente da repercussão midiática do caso de Vincent Lambert⁷. Em 2012, o Conselho Federal de Medicina do Brasil aprovou as Diretivas Antecipadas de Vontade, que, semelhantes ao modelo francês, visam atender o desejo das pessoas que estão fora de possibilidade de cura, seja para prolongar ou encerrar a vida⁸.

Ao operar com a morte e a mídia, questionamos: Como a mídia (re)produz e veicula discursos a respeito da morte? Quais são as condições que permitem sua circulação? Visando potencializar essas questões, este estudo tem como objetivo: analisar como discursos sobre a morte circulam na mídia brasileira, produzindo um currículo do final da vida.

Das estratégias utilizadas

Este artigo partiu de uma pesquisa documental, de abordagem qualitativa, inserida na vertente pós-estruturalista dos Estudos Culturais. Essa perspectiva teórica assume que a cultura interfere: na organização do mundo contemporâneo, nas relações estabelecidas entre os diferentes povos e, também, nos sistemas econômicos e políticos. Segundo essa perspectiva, a linguagem é um elemento que atravessa os sujeitos, partindo de relações de poder que não são únicas ou opressoras, mas que produzem efeitos nos modos como nos constituímos e conduzimos as questões relacionadas à saúde, à política, à doença, entre outras⁹.

O material empírico da pesquisa constituiu-se de reportagens de revistas que abordavam a temática do final da vida. Foram recuperadas aquelas que discutiam a morte como um processo, cujos envolvidos tinham ciência de sua chegada iminente e tinham a chance de se preparar (ou não) para ela. A opção por trabalhar com revistas se deve à heterogeneidade do público que elas conseguem atingir. Os discursos foram capturados em duas revistas de importante circulação no Brasil: *Veja*, da editora Abril, e *Época*, da editora Globo. Em conjunto, as revistas têm uma tiragem semanal de cerca de um milhão e quinhentos mil exemplares. A recuperação dos discursos foi realizada nas bibliotecas virtuais das revistas e em edições impressas, entre dezembro de 2012 e janeiro de 2013.

Foram consultadas as reportagens que estavam na íntegra, a partir do ano 2000. Essa demarcação temporal se deve ao movimento observado acerca das decisões sobre o término da vida e dos cuidados a pacientes com doença fora de possibilidade de cura. No Brasil, verifica-se nesse período: a implantação de serviços de Cuidados Paliativos, a aprovação da Resolução nº 1.996/12, que dispõe sobre a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade do paciente (2012), a Política Nacional de Atenção Oncológica (2005), a Política Nacional de Atenção Domiciliar (2013) e a Política Nacional de Humanização (2004). Consideram-se tais eventos como superfícies de emergência para as transformações no cenário de cuidado à saúde. Ao término do levantamento, foram incluídas dez reportagens, quatro da revista *Veja* e seis da revista *Época*. O período das publicações variou entre 2002 e 2012, conforme descrito na Tabela 1¹⁰.

Tabela 1. Material empírico da pesquisa

Ano	Revista	Reportagem	Páginas	Resgate
2002	Veja	Até onde prolongar a vida.	82-91	Acervo Digital
2005	Veja	Em busca de um final sereno	92-100	Acervo Digital
2008	Época	A mulher que alimentava	68-74	Online/Impressa
2008	Época	A enfermaria entre a vida e a morte	56-66	Online/Impressa
2010	Veja	A ética na vida e na morte	100-107	Acervo Digital
2010	Época	Testamento Vital	-	Online
2010	Época	O filho possível	-	Online
2012	Época	Ajuda-me a morrer	82-88	Online/Impressa
2012	Época	Você quer ser pessoa ou paciente?	-	Online
2012	Veja	O direito de escolher	98-106	Acervo Digital

Fonte: Cordeiro⁸.

Para a elaboração do mapeamento discursivo, primeiramente, foram utilizados quadros para organizar os discursos, nos quais foi possível resgatar os dados relativos a quem estava autorizado a falar, de onde falava, favorecendo as análises e a interação entre pesquisador e material empírico. Em seguida, foi utilizado o *software* de organização e análise de dados qualitativos ATLAS.ti 7 em sua versão *Free Trial*, disponibilizada gratuitamente para avaliação¹¹.

Os achados da pesquisa foram submetidos à análise do discurso proposta por Michel Foucault, apoiada, sobretudo, nos conceitos desenvolvidos nas obras *A arqueologia do saber*¹² e *A ordem do discurso*¹³. Para o autor, "analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições; é mostrar o jogo que nele elas desempenham; é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo ou emprestar-lhes uma fugidia aparência"¹² (p. 171). A noção de discurso foi utilizada como ferramenta metodológica, e, a noção de governo, como grade analítica, a qual consubstanciou e articulou as discussões realizadas.

A construção do currículo do final da vida: modos de ensinar sobre a morte e o morrer

Neste artigo, apresentamos a maneira como as revistas informativas brasileiras constroem um jeito de ensinar os leitores sobre as decisões a serem tomadas para viver o final da vida. Trata-se de parte dos dados de uma pesquisa que abordou a constituição de sujeitos que governam sua morte, a partir dos discursos midiáticos^(c).

Por meio das revistas, é possível 'aprender' a viver o final da vida, com uma doença fora de possibilidade de cura. Tais ensinamentos são apresentados, especialmente, pelas imagens e pelas descrições física e psicológica dos sujeitos em processo de morrer. As revistas podem ser consideradas como guias, os quais apontam os caminhos para planejar a 'boa morte': aquela em que o sujeito decide como morrer, de preferência, no domicílio. Ressaltamos que essa 'escolha' não é realizada de forma implícita, já que os leitores são impelidos a tomar decisões sobre sua morte a partir de discursos médicos, religiosos, jurídicos e outros apresentados pelas revistas.

Para produzir esse outro jeito de morrer, tanto a revista *Veja* quanto a revista *Época* põem os leitores em contato com aquilo que se quer tornar verdade. Os discursos das revistas utilizam a narrativa (que aproxima os sujeitos de situações já experimentadas por outros) do ensino sobre conceitos como eutanásia e cuidados paliativos, da aceitação da morte como um padrão de normalidade, e do domicílio como o local que produz a morte segura e sem sofrimento.

Aprendendo com a experiência do outro

Destacamos a narrativa midiática como uma potente estratégia de convencimento, utilizada, especialmente, pela revista *Época*. Em suas edições, contar a vida daqueles que morrem e apontar os aspectos para se alcançar a boa morte, a partir da experiência, comove, chama a atenção e cativa o leitor, que tem a possibilidade de aprender com o outro. Busca-se dar visibilidade às experiências de pessoas, geralmente de meia-idade, que passaram por situações que envolviam a morte e o morrer.

Existem diferenças entre os sujeitos que narram suas histórias nas revistas analisadas. Na *Época*, geralmente, falam as pessoas comuns: familiares, cuidadores, pessoas em processo de morrer. Na *Veja*, são ouvidos os médicos, que opinam sobre como gostariam de morrer e como acham que isso deve acontecer. Tal fato demonstra a importância das ciências médicas nos modos de viver/morrer. Os médicos se colocam na condição de terminalidade para narrar suas condutas nessa situação.

Ailce de Oliveira Souza não é uma filósofa, é uma merendeira de escola. [...] Faz quase um ano que sua pele amarelara e ela se encheu de náuseas.¹⁴ (p. 69)

Eu pediria para não ser submetido a procedimentos que me privassem da qualidade de vida. Afinal, o conceito de qualidade de vida muda muito com a proximidade da morte. Outro ponto crucial: nenhum tratamento deverá comprometer as finanças da minha família (médico oncologista).¹⁵ (p. 103)

^(c) Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado intitulada: "Eu decido meu fim: a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte", apresentada pela primeira autora deste artigo ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2013.

A articulação entre a narração das histórias e os discursos das revistas configura comportamentos e práticas frente à morte. Observa-se que uma 'luz' aponta para os sujeitos no final da vida, partindo da possibilidade de a morte transcorrer 'naturalmente'.

Até meados dos anos 2000, percebia-se um grande investimento na vida; porém, desde então, vem evidenciando-se uma ruptura no modo de enfrentar o morrer. As revistas apontam essa mudança, articulando experiências individuais com as possibilidades oriundas das políticas públicas de saúde e da legislação brasileira. Mais do que informar, elas narram. Nesse sentido, a experiência ultrapassa a informação: ela passa pelas sensações, pela interpelação, pela descrição, pelo detalhe do vivido¹⁶.

A partir das narrativas, é possível promover o encontro entre os leitores e as histórias dos outros. É nessa aproximação, aparentemente virtual, que se dá o contato e a atuação pedagógica da mídia. Por meio do tencionamento das histórias, ela produz, inventa, faz circular e vende verdades que repudiam o investimento fútil nos corpos moribundos. Esse encontro utiliza, além das palavras, as imagens. Acreditamos que o visual, o colorido e a disposição das luzes articulados com as falas favorecem a constituição da experiência com a morte do outro no cenário midiático.

As figuras 1 e 2 nos mostram uma cena característica dos dias de hoje: a exposição da vida privada, que então se torna de domínio público. O *self*, que antes se narrava no diário tradicional, agora vai se constituindo como protagonista da vida, a partir do atravessamento do outro, possibilitado pelas tecnologias da informação, em que os meios de comunicação, como as revistas, encontram-se inseridos¹⁶.

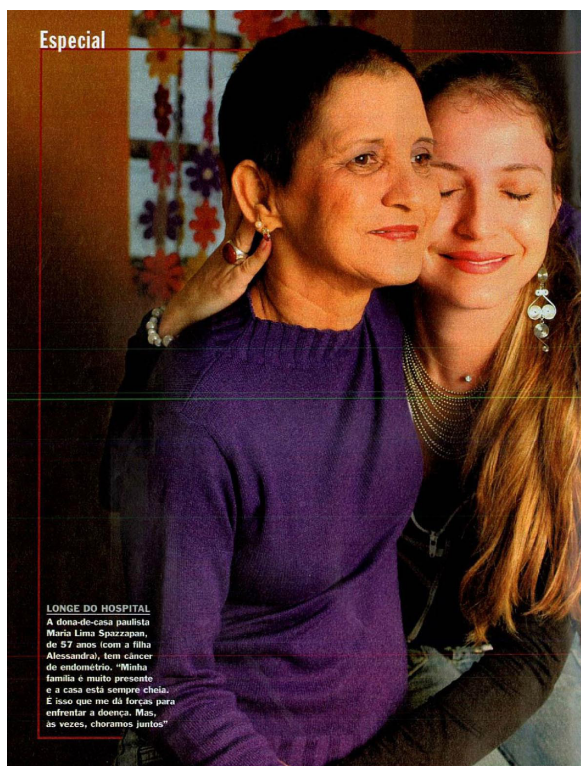


Figura 1. Longe do hospital

Fonte: Veja¹⁷. Créditos: Paulo Vitale



Figura 2. A mulher que alimentava

Fonte: Época¹⁴. Créditos: Marcelo Min

Nas imagens divulgadas pelas revistas *Veja* e *Época*, a primeira do ano de 2005 e, a segunda, de 2008, respectivamente, vemos o retrato do processo de morrer no contemporâneo, transposto para o público que lê os artigos das revistas. Elas apresentam imagens de pessoas com doença fora de possibilidade de cura, chamando a atenção para a morte ocorrida sem a intervenção da tecnologia e fora do ambiente hospitalar. Tais pessoas são acompanhadas pela família em seus momentos finais, sendo retratadas e interrogadas para que, dessa forma, ensinem os outros, que aprenderão com suas experiências.

O hospital é citado como um local positivo, quando dispõe de uma unidade de Cuidados Paliativos, e é onde se encontra a senhora da Figura 2. Na Figura 1, observamos a nota no canto esquerdo, que diz: “Longe do hospital”. Essa parece ser uma verdade que circula: a boa morte é aquela que ocorre no domicílio, longe do hospital. A outra seria a aceitação da morte, que se configura como norma.

Observamos, primeiramente, a tentativa de retirar dos hospitais, encaminhando para suas residências, aqueles que estão fora de possibilidades de cura, visando proporcionar a intimidade entre família e moribundo. Posteriormente, percebemos quanto tal evento é mostrado, por meio de fotografias de pessoas em processo de morrer, em *blogs* e nas redes sociais, como *facebook* e *orkut*. Entre os anos de 2011 e 2012, circularam pela internet imagens de pais que fotografavam as fases da vida de um filho com doença incurável até o momento da morte, de maridos com suas esposas etc. Observa-se uma exposição de eventos que, antes, eram escamoteados das discussões entre amigos, familiares e colegas. As pessoas são instigadas a se mostrarem, a se narrarem em textos breves, aquilo que Walter Benjamin denominou *short story*: pequenas histórias que nos contam, que nos passam e que, com a mesma velocidade, dissipam-se, acompanhando a temporalidade em que vivemos¹⁸.

Nos textos das revistas, apontamos o destaque dos sujeitos nas imagens que circulam concomitantes à divulgação do novo Código de Ética Médica, que autoriza a ortotanásia no cenário brasileiro. Nas figuras (1 e 2), o enunciado da individualização desponta no discurso de pessoas que decidiram não investir em tratamentos considerados fúteis, tendo em vista a impossibilidade de cura. A expressão dos envolvidos nas cenas indica que a morte nessa perspectiva é tranquila e confortável. O jogo de luzes transparece a leveza pela escolha correta: deixar-se morrer. Essas sensações não parecem ser experimentadas apenas pelas pessoas doentes, mas, também, pelas famílias, que, por meio do abraço, do toque, as abrigam.

Acreditamos que dar visibilidade às pessoas comuns e fazer circular a imagem da ‘boa morte’ são estratégias que a mídia utiliza para legitimar certas verdades. Ela funciona como um “local de superposição de verdades, justamente por ter se transformado em um local de produção, veiculação e circulação de enunciados de múltiplas fontes, sejam eles diretamente criados a partir de outras formações, ou a partir dos próprios meios”¹⁹ (p. 123). A mídia utiliza a narração, o testemunho, o relato da experiência dos outros como forma de enunciação que dá veridicidade àquilo que faz circular, pois aquele que enuncia parte de uma dada ‘realidade’ vivida e, por isso, lhe é dada autoridade para falar. Assim, o sujeito que aparece nas reportagens é “levado a dizer o que viu, ouviu ou tocou, sem análise nem julgamento”²⁰ (p. 224), visando convencer os leitores sobre as verdades divulgadas pelas revistas.

Esclarecendo sujeitos para produzir verdades

As duas verdades que circulam, a ‘boa morte’, como aquela que ocorre no domicílio, e a aceitação da morte, configuram-se como norma. Elas são reforçadas pelos modos como as revistas esclarecem os sujeitos a respeito dos conceitos que envolvem o final da vida. Esclarecem e mostram por que devemos morrer, deixando que as doenças sigam seu curso ‘natural’. Essa função, tanto esclarecedora como direcionadora, faz da mídia uma instituição formadora de opinião, não sendo a ‘vilã’, muito menos a ‘mocinha’, quando seleciona e faz circular determinadas verdades. “Os sentidos são compreendidos de acordo com as possibilidades existentes. E esta aparente diluição – de sentidos, de imposições, de poderes – é certamente uma das estratégias de sobrevivência, manutenção e atualização das mídias”²¹ (p. 128).

Os procedimentos incluídos nessa nova forma de tratar os doentes terminais levam o nome genérico de cuidados paliativos.²² (p. 106)

Nem antecipar a morte nem esticar a vida, mas garantir que se viva até o fim com dignidade (sobre os cuidados paliativos).¹⁴ (p. 58)

Aponta-se o papel das revistas como tradutoras dos conceitos científicos para a população. Ao utilizar o termo tradução, não acreditamos que a mídia, simplesmente, apresenta de outra forma os discursos. Ela os modifica e, também, atribui outros sentidos para aquilo que põe em voga e esclarece, visto que todo discurso que circula carrega consigo uma intencionalidade, a fim de participar dos jogos de poder em torno das relações midiáticas.

Aqui, o termo tradução é utilizado segundo a perspectiva de Foucault na obra *Arqueologia do saber*. A tradução dos termos que envolvem a morte atua como um procedimento de intervenção na formação de conceitos, a partir de determinados enunciados. Em outras palavras, para pôr em funcionamento certas práticas, é necessário que se facilite o acesso dos sujeitos àquilo que se quer difundir, por meio de técnicas de: reescrita, transcrição, tradução, aproximação, delimitação de um campo e sistematização de elementos que, juntos, colocam em evidência aquilo que se quer tornar visível. Por meio do esclarecimento, as revistas tanto ensinam sobre aspectos conceituais do final da vida como apresentam os dilemas éticos e legais. Os enunciados contidos nos discursos precisam ser ditos de outra forma, apresentados por meios que favoreçam suas disposições e assegurem a difusão da boa morte e a introjeção desta pelos sujeitos. Por meio dessa disposição, a mídia vai operando um dispositivo pedagógico que ensina, significa, posiciona e educa as pessoas segundo as direções que ela aponta¹⁶.

Contemporaneamente, presenciamos a globalização nos modos de ensinar. Aprendemos por meio da escola, das revistas, da televisão, da propaganda, sendo atravessados pelos inúmeros discursos que pretendem nos constituir como sujeitos¹⁰. Nos são apresentados diferentes currículos, que produzem significados, partindo de diferentes espaços de cultura e do encontro com diferentes instituições, dentre elas a mídia¹⁶. O currículo que a mídia elabora vai pontuando as práticas em torno da morte, para as quais se quer dar visibilidade e as quais se quer tornar verdade. Nos discursos, verifica-se a instauração da normalidade em relação à aceitação do fim. Ensina-se que as pessoas devem encarar a morte, aceitá-la como algo inevitável e participar das decisões tomadas a respeito, até quando possível.

Quem teve uma vida feliz, na qual conseguiu boa parte dos objetivos da juventude, também tende a encarar a morte com tranquilidade [...].¹⁷ (p. 98)

Na Enfermaria (dos Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público de São Paulo) não há espaço para frases como: "Me entrego em suas mãos, doutor". Como viver a morte é uma decisão do paciente, é ele o responsável por sua vida até o fim – ou sua família, se já não puder decidir.¹⁴ (p. 72)

Uma norma se configura a partir da regularidade de certos comportamentos e ações passíveis de observação²³. Pela observação das condições favoráveis, sejam elas políticas, econômicas, sociais ou culturais, podem ser inventados padrões de normalidade que capturam os sujeitos em uma trama de relações, visando ao seu enquadramento dentro da norma vigente.

A partir dos anos 2000, constitui-se um processo de normalização em torno do final da vida que, por meio da aceitação, visa inserir os sujeitos na ordem desse discurso. Tal processo é circunscrito por elementos históricos que possibilitam a emergência da aceitação da morte. Destacamos: a atualização do Código de Ética Médica (2010), especialmente a Resolução nº 1.995/12, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade para o final da vida (2012); Políticas públicas como a de Humanização (2004) e da Atenção Oncológica (2005); a implementação de programas como o Melhor em Casa (2010), e o fortalecimento de instituições que emitem verdades sobre os Cuidados

Paliativos no Brasil, como a Academia Nacional dos Cuidados Paliativos (ANCP). Junto a isso, as revistas apontam que morrer bem é morrer em casa. Ensinam que a morte no domicílio é a boa morte, que ali pessoas morrem 'felizes e cheias de vida', como demonstra o excerto abaixo.

Um dos meus maiores pesadelos é ter de ficar internada. No hospital, só vejo morrer gente na mesma situação que eu. Como meu caso não tem mais solução, é melhor ficar em casa, que é um lugar cheio de criança e vida. (paciente fora de possibilidade terapêutica)¹⁷ (p. 95)

Busca-se a qualidade de vida e o afastamento daquilo que lembre o fim, a começar pelos ambientes, como o hospital, especialmente os que não possuem espaços de cuidados paliativos. Apesar do discurso da boa morte no domicílio ser interessante, positivo e produtivo, acreditamos que muitas das famílias brasileiras não possuem estrutura para abrigar e cuidar de pessoas doentes em condições de degradação física e emocional. Pessoas nessas condições exigem elevadas demandas de cuidado. O modelo que se propõe, inspirado nos padrões europeus para o final da vida, não encontra, em nosso país, as mesmas condições econômicas e estruturais para promover uma volta ao lar, resultando em danos aos envolvidos, especialmente aquele que vai morrer²⁴. Esses danos podem estar relacionados a aspectos clínicos da doença, com os quais a família pode não ter estrutura ou capacitação para lidar, resultando na exacerbação de sintomas comuns em doenças que ameaçam a vida, como: a dor, a fadiga, a caquexia, entre outros. Também se destacam os danos à família, que pode sentir-se culpada por não saber lidar com o processo de morrer no domicílio.

O conceito da 'boa morte' está relacionado com a aceitação desse acontecimento e com a possibilidade de um morrer tranquilo e seguro, junto da família. Quando, nas revistas, fala-se que pessoas com melhores condições econômicas, culturais, aquelas que viveram mais felizes ou que conseguiram realizar seus objetivos, são as que têm maior capacidade de aceitação do fim, tratamos de um sujeito moldado pelas investidas de uma biopolítica neoliberal, de um sujeito que é considerado protagonista da sua vida e da sua morte.

Sob a lógica neoliberal, a ordem é a competição, em um mundo no qual é preciso, antes de competir com os demais, competir consigo, na busca incessante pelo melhor que se pode ser, pelo melhor trabalho que se pode ter, pela melhor roupa que se pode vestir²⁵. Trata-se de um trabalho imaterial e virtual sobre si, no qual são exigidas alta capacidade de comunicação, tomada de decisão, criatividade e, sobretudo, gestão dos acontecimentos, do imprevisível e do previsível²⁶. A produção desses sujeitos que governam suas vidas e suas mortes perpassa pela mídia, pelo Estado, pelos sistemas jurídico e médico, entre outros. Por meio de práticas institucionais, molda-se desde o modo como se nasce até ao modo como se morre. Nas reportagens, evidencia-se que depende de cada um aceitar e experimentar um bom final da vida. Esse é o padrão que vai desenhando a norma da 'boa morte'.

As pessoas são estimuladas a aceitar o sofrimento e a dor que o final da vida pode trazer, sendo incitadas a encararem a morte pensando na vida e no que ela tem de positivo. Sintomas como fadiga, fraqueza, hesitação, padecimento, característicos das doenças fora de possibilidade de cura, são suprimidos na tentativa de viver uma vida e uma morte permeadas pela felicidade, que é tanto compulsiva como compulsória^{27,28}. Trata-se de um jeito diferente de nos constituirmos como sujeitos deste tempo, que nos individualiza e conduz à busca da felicidade. Esse imperativo se relaciona com o enunciado da individualização, pois indica como as pessoas em processo de morrer devem investir na felicidade para produzirem uma morte digna. A aceitação desse evento, atrelada ao imperativo da felicidade, assinala que a morte serena depende do investimento e do cuidado que cada um despense no final da sua vida. Trata-se de se reconhecer e constituir como sujeito de suas ações, que, em relação com o outro, define o que é melhor para si, diante de determinadas circunstâncias que rondam o fim²⁹.

Nesse sentido, morrer bem depende de quanto cada um investe em si e, assim, proporciona-se uma boa morte. As revistas delegam, aos leitores, a responsabilidade dessa decisão, a partir daquilo que circulam. Aqueles que não aceitam o fim e decidem insistir na vida estão errados, pois provocam sofrimento e prolongam a morte, tida como indigna e sem qualidade. Para isso, recorre-se, novamente, à narrativa e à experiência de pessoas que tiveram a morte "adequada" ou a morte considerada 'anormal'. A revista *Veja* cita o exemplo positivo de Jacqueline Kennedy Onassis, que, após receber

o diagnóstico de um Linfoma Não Hodgkin, decidiu não permanecer no hospital e elaborar um testamento vital, reforçando que não gostaria de morrer atrelada a aparelhos. Ela é indicada como um exemplo a ser seguido. A *Veja* também cita quanto a população estadunidense modificou sua forma de encarar o fim a partir do exemplo da ex-primeira-dama. A revista *Época* aponta o que acontece com os sujeitos que decidem insistir na vida, trazendo o exemplo da escritora Susan Sontag, que, mesmo tendo escrito livros sobre doença, sofrimento e morte, não conseguiu lidar com a própria terminalidade.

Em observância de seu testamento vital, Jacqueline Kennedy Onassis foi levada ao seu apartamento na quinta Avenida de Manhattan, quando nada mais podia ser feito para livrá-la de um câncer em estágio avançado. O caso de Jackie ajudou a popularizar o testamento em vida e, há três anos, 40% dos americanos declaram ter assinado um desses documentos.²² (p. 107)

A escritora Susan Sontag fez uma escolha oposta. Autora de livros sobre a doença e a morte, Susan morreu com câncer em 2004, aos 71 anos, sem conseguir aceitar sua condição [...]. Susan morreu coberta de feridas e hematomas, sem se despedir de ninguém. Seus últimos meses foram descritos pelo filho, David Rieff, em 'Nadando em um mar de morte- memórias de um filho'. 'Eu não podia nem dizer que a amava, porque isso seria interpretado como despedida', diz David.¹⁴ (p. 62)

Há uma dramatização e culpabilização daqueles que não conseguem se inserir na ordem do discurso da 'boa morte'. O sofrimento, aspecto tão temido por aqueles que estão no final da vida, assola os que decidem insistir nos tratamentos considerados inúteis ou fúteis. É preciso desistir de determinadas terapêuticas e da tecnologia, caso contrário, a solidão, a tristeza e a infelicidade estarão presentes durante o processo de morrer. Segundo os manuscritos, investir em terapêuticas tem como efeito o sofrimento, não somente daqueles que vão morrer, mas, também, 'prejudica' os envolvidos, que se angustiam por não participarem ativamente do conforto durante a morte de um familiar.

Por meio de exemplos, da linguagem e de uma pedagogia de valores, as revistas educam, ensinam e apontam o que é correto na hora do fim. Os discursos que elas fazem circular devem vir de pessoas conhecidas, na tentativa de legitimar o que circula. Cita-se a ex-primeira-dama dos Estados Unidos, uma nação apresentada como poderosa e desenvolvida, e uma autora de livros sobre doença e morte que ganhou reconhecimento e prestígio por suas produções no meio acadêmico. Com essa articulação entre as narrativas, as experiências e o *status* dos enunciadores, constroem-se as regras de circulação daquilo que se quer tornar verdade. O que se enuncia ganha força para a constituição de posições de sujeitos¹², as quais os leitores são chamados a ocupar.

A avaliação das condutas de si e dos outros

A partir da intervenção midiática, que põe em voga outras práticas sobre a morte contemporânea, somos aconselhados e orientados por discursos que "propõe a todos nós que façamos minuciosas operações sobre nosso corpo, sobre nossos modos de ser, sobre as atitudes a assumir"¹⁶ (p. 156). Trata-se de um governo de si pelo discurso do outro, que orienta e, depois do processo educativo, também avalia.

A avaliação faz parte do processo de aprendizagem e, nos currículos atuais, desempenha um papel fundamental. Por meio dela, é possível verificar quanto cada um aprendeu sobre aquilo que lhe foi ensinado, quanto ainda precisa estudar e quanto introjetou de um assunto para mudar aspectos de sua vida. Nas revistas, esse jogo avaliativo também entra em cena. Trazemos, como exemplo, um teste produzido pela revista *Veja*, que busca aferir se os sujeitos estão prontos para elaborar o testamento vital (Figura 3). Esse documento foi apresentado na edição de setembro de 2012 e está articulado com: os conceitos de qualidade de vida, a inserção da família na hora e depois da morte, e as questões financeiras levantadas ao longo das reportagens.



Figura 3. Quiz do testamento vital.

Fonte: Veja¹⁵.

A Figura 3 mostra um tipo de avaliação encontrado com frequência nas revistas. Geralmente, elas utilizam questionários do tipo *quiz*^(d) para identificar o nível de aprendizagem dos leitores sobre um assunto. Nesse instrumento, quem realiza o teste deve estar apto a mudar, para que possa estar inserido na norma da aceitação da morte. Espera-se que o leitor reveja seus valores e analise suas práticas a fim de inserir-se no grupo daqueles que estão abertos às mudanças, que são flexíveis conforme aquilo que se apresenta como correto no momento³⁰.

Verificamos o direcionamento das respostas para a escolha dos elementos apontados como favoráveis para se obter um bom final de vida. Deixar a doença tomar o curso natural, pensar nas finanças da família e na qualidade de vida que se pode ter nesse momento são fatores elencados na hora de tomar a decisão correta. Notamos que o questionário foi elaborado a partir das orientações de uma médica entrevistada em outras reportagens das revistas, seguindo os moldes de uma organização estadunidense que auxilia pessoas a elaborarem testamentos vitais e cometerem suicídio assistido, e oferece orientações espirituais, entre outros serviços. A opção por trazer sujeitos e instituições que tenham visibilidade assegura a validade do teste que se aplica aos leitores. Esse papel avaliativo, que indiretamente é realizado por *experts* e operado pelas revistas, consolida e efetiva o papel da mídia como um dispositivo pedagógico que não apenas ensina,

^(d) *Quizzes* são questionários utilizados para avaliar quantitativamente quanto uma pessoa sabe sobre algum assunto. Geralmente, são objetivos e fechados, possibilitando respostas do tipo sim ou não. Muitas revistas utilizam esse instrumento como uma ferramenta avaliativa dos leitores, no final de algum assunto abordado. Além de aferirem a capacidade de absorção de um conteúdo, eles também funcionam como um elemento interativo entre o leitor e a revista.

mas que, também, avalia e julga aqueles que ela categoriza como os “não preparados” para morrer. Essas avaliações também contribuem para debater aquilo que é difundido e se torna ‘o tema da vez’. As ferramentas avaliativas proporcionam a interação do leitor com os meios de comunicação, dando-lhes um caráter atual, tornando seu consumo atrativo e ajudando a disseminar e fixar as ideias que veiculam¹².

Essas ferramentas se configuram como uma das táticas que favorecem o governo, não só da vida, como também da morte, visto que elas “operam no nível da população: dividindo, ordenando, indexando, ranqueando, julgando”²¹ (p. 11). As regularidades produzidas pelas políticas de saúde, resoluções e diretrizes são postas em circulação pela mídia, possibilitando conhecer, planejar e intervir nas condutas das pessoas em processo de morrer. Com isso, é possível moldar o comportamento dos indivíduos, otimizando as práticas de governo sobre os corpos, que delimitam as fronteiras de atuação dos profissionais sobre os doentes, do Estado sobre as coletividades e da constituição de cada um a partir dos discursos que atravessam essas disposições em torno da morte contemporânea.

Algumas considerações para (não) finalizar

A mídia produz o currículo do final da vida. Ela educa e mostra o caminho correto para aquilo que parece ser a ordem do discurso atual: a ‘boa morte’ como sinônimo de aceitação desse acontecimento. Por meio da disposição das imagens, dos jogos com as luzes, das cores, dos quadros e dos números, inventa-se o caráter legítimo e verdadeiro para aquilo que se quer pôr no jogo político sobre o morrer. A partir dessas disposições, os sujeitos podem ser capturados e subjetivados pelo modelo que as revistas veiculam. Pouco a pouco, elas nos ditam as formas como devemos morrer nos dias atuais, articulando ciência, mídia, cotidiano de vida e justiça, convidando os sujeitos a participarem das diferentes táticas para a (re)domesticação, a legitimação e a docilização da morte, nos moldes da racionalidade neoliberal.

Hoje, a aceitação da morte talvez seja um enunciado que desponta de forma mais imperativa. Somos atravessados por esse enunciado que nos constitui como sujeitos que querem decidir o seu fim. Sujeitos que querem ter uma boa morte, evitando medidas fúteis quando viver já não é mais possível. Decidir sobre o fim é uma ação modulada pelos diferentes dispositivos que nos ensinam a produzir esse outro jeito de morrer. Talvez a mídia seja um dos importantes articuladores para efetivar novas práticas e fazeres sobre a morte no contemporâneo.

Colaboradores

Franciele Roberta Cordeiro e Maria Henriqueta Luce Kruse trabalharam juntas em todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

1. Veiga-Neto A. Currículo: um desvio a direita ou delírios avaliatórios [Internet]. In: Mendonça A, organizador. Anais do X Colóquio sobre questões curriculares e VI Colóquio Luso-Brasileiro de currículo; 2012 [acesso 2013 Dez 20]. Disponível em: <http://www.fe.unicamp.br/TEMPORARIOS/veiga-neto-curriculos-delirios-avaliatorios.pdf>
2. Santaella L. Culturas e artes do pós-humano: da cultura das mídias à cibercultura. São Paulo: Paulus; 2003.
3. Hennigen I, Guareschi NMF. A subjetivação na perspectiva dos estudos culturais e foucaultianos. *Psicol Educ.* 2006; 23(2):57-74.
4. Ohnsorge K, Keller HRG, Widdershoven GA, Rehmann-Sutter C. 'Ambivalence' at the end of life: how to understand patients' wishes ethically. *Nurs Ethics.* 2012; 19(5):629-41.
5. Larrosa J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; 19(3):20-8.
6. Rehmann-Sutter C, Hagger L. Organised assistance to suicide in England? *Health Care Anal.* 2013; 21(2):85-104.
7. Leonetti J. Rapport fait: au nom de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie. *Assemblée Nationale de France.* 2004; 9-300.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.995 de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. *Diário Oficial da União.* 9 Ago 2012.
9. Hall S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Educ Real.* 1997; 22(2):15-46.
10. Cordeiro FR. Eu decido meu fim: a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
11. Muhr T. Atlas.ti: qualitative data analysis, version 7. Berlim; 2013.
12. Foucault M. A arqueologia do saber. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
13. Foucault M. A ordem do discurso. 7a ed. São Paulo: Loyola; 2003.
14. A mulher que alimentava. *Época* [Internet]. 2008 [acesso 2013 Jan 15]. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI10410-15257,00-A+MULHER+QUE+ALIMENTAVA.html>
15. Lopes AD, Cuminale N. O direito de escolher. *Veja* [Internet]. 2012 [acesso 2013 Jan 12]; 45(37):98-106. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>
16. Fischer RMB. The media pedagogical apparatus: ways of educating on (and through) TV. *Educ Pesqui.* 2002; 28(1):151-62.
17. Corrêa R. Em busca de um final sereno. *Veja* [Internet]. 2005 [acesso 2013 Jan 12]; 38(45):92-100. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>
18. Sibília P. O show do eu: a intimidade como espetáculo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.
19. Fischer RMB. Adolescência em discurso: mídia e produção de subjetividade [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.
20. Charaudeau P. Discurso das mídias. São Paulo: Contexto; 2009.
21. Rocha CMF. A escola na mídia: nada fora do controle [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
22. Lopes AD. A ética na vida e na morte. *Veja* [Internet]. 2010 [acesso 2013 Jan 12]; 43(17):100-8. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>

23. Foucault M. Segurança, território e população: curso no Collège de France: 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
24. Menezes R. Em busca da 'boa morte': uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
25. Foucault M. Nascimento da biopolítica. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
26. Lazzarato M. As revoluções do capitalismo. Rio de Janeiro: Record; 2006.
27. Castro G. Para repensar a felicidade nos dias atuais. *Comun Midia Consumo*. 2011; 7(20):343-5.
28. Freire Filho J. Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2010.
29. Foucault M. História da sexualidade: o cuidado de si. 9a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007.
30. Gerzson VRS. A mídia como dispositivo da governamentalidade neoliberal: os discursos sobre educação nas revistas *Veja*, *Época* e *Isto é* [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Cordeiro FR, Kruse MHL. La producción del currículo del final de la vida por medio del dispositivo pedagógico de los medios. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1193-205.

En este artículo, que partió de una investigación documental cuyo referente teórico-metodológico fue el pensamiento de Michael Foucault, se analiza como los discursos sobre la muerte circulan en los medios brasileños, produciendo un currículo del final de la vida. El material empírico constó de diez reportajes que circularon entre 2002 y 2012 en las revistas *Época* y *Veja*. Para delimitar el corpus de análisis se elaboró un mapeo discursivo con el software ATLAS.ti 7, y los hallazgos se sometieron al análisis del discurso de inspiración foucaultiana. La aceptación de la muerte y su domesticación surgen como estrategias producidas por el Estado y legitimadas por los medios. Las revistas informativas brasileñas producen un currículo del final de la vida, enseñando y propagando la aceptación de la muerte y convocando a los sujetos para que gobiernen su fin. Aquellos que están fuera de ese orden discursivo se consideran "anormales" en el contexto del final de la vida.

Palabras clave: Muerte. Enfermería. Medios. Educación en enfermería. Estudios culturales.

Recebido em 24/09/14. Aprovado em 02/01/15.

A morte no cotidiano da graduação:

um olhar do aluno de medicina*

Anáisa Caparroz Duarte^(a)
Débora Vieira de Almeida^(b)
Regina Célia Popim^(c)

Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. Death within the medical undergraduate routine: students' views. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1207-19.

This was a qualitative study in which the aim was to describe how fourth and sixth-year undergraduate students of human medicine deal with situations involving death. The theoretical-methodological reference framework of phenomenology was used. Both the fourth and the sixth-year students considered that death was a taboo subject, given that it was little discussed during the medical training. For the fourth-year students, the unpleasant feelings and sensations that accompany death in the context of care were mitigated by the teacher's presence and also by the expectation of learning. The sixth-year students revealed that experiencing the context of terminal illness and death enabled learning and incorporation of this topic into daily medical practice, despite the insecurities and difficulties presented. Hence, in addition to technical knowledge, skills in interpersonal relationships and emotional bonding are important for medical professionals in coping with the fatigue of clinical practice.

Keywords: Death. Medical students. Medical Education. Qualitative research.

Trata-se de estudo qualitativo com objetivo de descrever como os alunos do quarto e sexto ano de graduação em medicina humana lidam com situações que envolvem a morte. Foi utilizado o referencial teórico-metodológico da fenomenologia. Tanto os alunos do quarto quanto os do sexto consideraram a morte um tabu por ser tema pouco discutido na formação médica. Para os alunos do quarto ano, os sentimentos e sensações desagradáveis que acompanham a morte no contexto do cuidar são amenizados pela presença do professor e a expectativa de aprendizagem. Já os alunos do sexto ano revelaram que vivenciar contexto de terminalidade e morte permitiu aprendizado, incorporação do tema no cotidiano médico, mesmo com as inseguranças e dificuldades apresentadas. Portanto, além do conhecimento técnico-científico, habilidades nas relações interpessoais e a afetividade do profissional médico são importantes no enfrentamento do desgaste da prática clínica.

Palavras-chave: Morte. Estudantes de Medicina. Educação Médica. Pesquisa qualitativa.

* Apoio FAPESP, Processo 07/50448-7.

^(a) Cooperativa dos Anestesiologistas de Ribeirão Preto. Rua Magda Perona Frossard, 150, apto. 42, Nova Aliança. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14026-596. anaisacd@gmail.com

^(b,c) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Univ Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil. deboravalemeida@gmail.com; rpopim@fmb.unesp.br

Introdução

Cada indivíduo constrói sua representação da morte, à qual atribui personificações, qualidades e diferentes formas, por meio da cultura, das tradições familiares, ou, mesmo, pela investigação pessoal¹.

A morte representa um poder invisível, intangível, indomável e desconhecido, sobre o qual não se tem nenhuma governabilidade. Teme-se a morte por não se saber como será o nosso encontro com ela¹.

Embora faça parte do processo biológico de vida do ser humano, a morte e o nascer são permeados de simbolismos, significações e valores, variando no decorrer da história e entre as diversas culturas¹.

No contexto sociocultural atual, a morte é descrita como algo indesejado, gerando comportamentos de negação, como tentar afastar-se da sua ocorrência, agilizando o ocorrido para retornar às atividades da unidade hospitalar como se nada tivesse acontecido. Essa negação da morte, sobretudo na sociedade ocidental, torna difícil incluí-la como parte da vida².

Em relação à atitude que se tem adotado para evitar o tema, vários autores se destacam. Análise histórica revela que a morte deixou de ser um fenômeno social, do qual todos participavam, e tornou-se escondida e camuflada, com a justificativa de proteger a vida, é a morte invertida³. A morte passou a ser um fenômeno escondido e indesejável, o confrontar-se com ela é cautelosamente evitado⁴.

Na cultura ocidental atual, a morte saiu das casas e instalou-se nos hospitais, que nem sempre estão preparados para abordar tal temática, especialmente quando se trata de pacientes que irão morrer, ou, ainda, pela necessidade de comunicar a morte de um paciente em lugares sem privacidade, como corredores hospitalares⁵.

Dentro do ambiente hospitalar, há a conspiração do silêncio: não se fala em morte e, quando se fala, utilizam-se expressões impróprias⁶. Essa negação da morte, entendida como orientação negativa da ação social até o moribundo e da morte em si, traduz-se em atitudes como não saber como se portar diante de tal situação e o distanciamento do médico em relação aos pacientes terminais⁷. Observa-se que estes ainda são submetidos a abordagens agressivas de tratamento curativo, mesmo quando este se torna inviável⁸.

Pesquisa sobre a visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde com experiência profissional de um mês a 27 anos revelou que reconhecem a carência de preparo para lidar com a morte⁹.

Outra pesquisa, de abordagem fenomenológica, com equipes de reanimação cardíaca (enfermeiros e médicos), mostra que o processo de morrer gera sentimentos de impotência, fracasso e dor nos profissionais, e, para se “protegerem”, “acostumam-se” com a morte como algo cotidiano¹⁰.

Estudo de abordagem fenomenológica, realizado com estudantes de medicina e enfermagem, revela que o primeiro contato deles com a morte, na sala de anatomia, já gera sofrimento, o qual vai amenizando à medida que vão se habituando¹¹. Estudos tendo como sujeitos os estudantes de enfermagem revelam que lidar com a morte e o morrer gera ansiedade⁹, além de sentirem-se despreparados para cuidar de pacientes no fim da vida^{12,13}. Considerando isso, pergunta-se: como os alunos de medicina lidam com as situações que envolvem a morte?

Para responder esta pergunta, este estudo tem o objetivo de descrever como os alunos do quarto e sexto ano de graduação em Medicina na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp lidam com situações que envolvem a morte.

Responder esta inquietação justifica-se pela carência de pesquisas sobre o objeto experiência de alunos de medicina com as situações que envolvem a morte. Além disso, pode fornecer subsídios para a adoção de estratégias para a melhoria do ensino e da assistência sobre a morte e o morrer.

Método

A opção pela fenomenologia social de Alfred Schütz está na pertinência de seus fundamentos com a vivência dos alunos de medicina no lidar com situações de morte no contexto acadêmico. Para Schütz, o sujeito experimenta e sedimenta as experiências por meio da comunicação com os outros

homens. Assim, constrói-se sua bagagem de conhecimento, “eu biográfico”, o que o diferencia dos outros, inclusive em relação às condutas, medos, receios, alegrias e motivos¹⁴.

A ação social é praticada entre duas ou mais pessoas em suas atitudes naturais, é projetada pelo homem de forma consciente e intencional, e carrega consigo o significado subjetivo. Os “motivos para” instigam a realização da ação e, portanto, são direcionados para o futuro. Os “motivos por que” são evidentes nos fatos transcorridos, porém não esquecidos, e podem influenciar as ações do presente¹⁴.

Desse modo, a fenomenologia social busca conhecer e organizar o que é vivido pelos indivíduos em suas vidas cotidianas, como elementos que atuam, interagem e se complementam, configurando, assim, um grupo social com características típicas.

Neste estudo, o que importa são os motivos que impulsionaram a ação desses acadêmicos de medicina. Assim, eles foram ouvidos sobre suas experiências vividas em relação à morte ou situações que remetem a ela.

Os participantes da pesquisa foram alunos do quarto e do sexto ano de graduação em Medicina na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp. Enquanto os acadêmicos do quarto ano estão no início do internato, iniciando seu exercício na prática clínica e presenciando acontecimentos de vida e morte, os do sexto estão no final da graduação, apresentam maior tempo vivido com a morte ou situação que a remete no contexto acadêmico.

Os dados foram coletados de fevereiro a agosto de 2007. A saturação teórica, critério da pesquisa fenomenológica, deu-se quando os discursos apontaram convergências e repetições¹⁵. Participaram 17 alunos do quarto ano e nove do sexto. Essa diferença explica-se pela conveniência da coleta de dados dos alunos do quarto ano, já que estavam em sala vinte alunos e 17 aceitaram participar. Os alunos do sexto encontravam-se distribuídos pelas unidades hospitalares e foram contatados individualmente.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e o consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após assinar o TCLE, os participantes receberam por escrito a questão norteadora: **Como você se sente ao lidar com situações que envolvem a morte ou com a morte propriamente dita? Descreva para mim.**

A preleção e os encontros com os participantes foram feitos pelo orientador do estudo, pois o pesquisador era aluno do curso de medicina em questão e sua presença poderia influenciar nas respostas de seus pares.

De acordo com os princípios éticos, os discursos receberam codificação numérica, obedecendo a ordem da coleta de dados.

Para análise dos dados, foram constituídas unidades de significados, a partir da leitura e identificação das ações dos sujeitos expressas em seus depoimentos, buscando o invariante, aquilo que era comum para o grupo. Na sequência, os dados foram organizados procurando, na análise dos depoimentos, o típico da ação¹⁴. Finalmente, a análise compreensiva destes agrupamentos, tendo como orientação a teoria motivacional de Schutz¹⁴.

Resultados e discussão

Os depoimentos foram analisados de acordo com o referencial adotado, emergindo sete categorias temáticas. Para os alunos do quarto ano: a morte é um tabu; remete a sentimentos e sensações desagradáveis; falta-lhes preparo acadêmico para lidar com ela; lidam com a morte com vistas a se tornarem médico humano. Para os alunos do sexto: a morte continua sendo um tabu; uma experiência difícil; e passa a ser elemento do cotidiano médico.

A análise desvelou que a morte, para os estudantes, mostra-se sob várias facetas, desde uma experiência muito difícil, até a sua incorporação como elemento do exercício profissional. Há, no decorrer da graduação, aprendizado intelectual para lidar com o tema morte, conforme se apresenta:

Quarto ano de graduação

A morte é um tabu

Os alunos do quarto ano percebem a morte como um assunto pouco abordado e discutido durante o curso de graduação.

“Apesar do pouco contato que tivemos com a morte no nosso curso, acho que ainda é um tabu a ser quebrado. Os professores parecem não querer tocar no assunto [...]. A morte, assim como a vida, é objeto de estudo da medicina e deveria ser encarada como tal”. (8)

“Apesar da morte ser algo inevitável, considero o assunto muito delicado, pois envolve uma perda muito grande para a pessoa e seus familiares. Considero que o assunto é pouco discutido na graduação e acho que falta preparo para nós, alunos”. (11)

“Acho que não fomos preparados suficientemente para isto e sinto que terei que ‘errar’ muito para “aprender” a lidar com este tempo; se é que isso é possível”. (16)

Segundo os alunos do quarto ano, os profissionais de saúde, incluindo eles, parecem evitar o confronto com a morte, corroborando com Marcílio⁴, a qual afirma que a morte é historicamente negada na sociedade ocidental, o que se mostra nas atitudes das pessoas nos diferentes contextos. Desta forma, parecem favorecer a conspiração do silêncio⁶. Não se fala sobre a morte ou situações que a remetem; ainda que esta tenha como palco principal o ambiente hospitalar e seja intensamente vivenciada pelos profissionais de saúde, estes não a encaram de frente, falta preparo para estratégias de enfrentamento pessoal, além das estruturas dos hospitais que contribuem para a negação da morte⁷. Enfim, pode ser caracterizada como um tabu².

Atribuir um valor social à morte é uma maneira de negá-la³. Quando uma pessoa idosa morre, diz-se que já teve sua vida e que isso era esperado. Quando um jovem morre, diz-se que foi uma pena, pois tinha uma vida inteira pela frente⁷.

“A sensação é muito relativa, varia do tipo de morte, se violenta ou não, da idade da pessoa”. (12)

A morte é admitida, entre os médicos, na sala de anatomia e em necropsias, tendo a negação como consequência do fato de ser tratada como um tabu, assunto interditado e evitado nas conversas cotidianas dos profissionais da equipe de saúde¹⁶.

A morte remete a sentimentos e sensações desagradáveis

A escolha pelo curso de medicina pode estar associada ao medo da morte, objetivando alcançar certo controle sobre a mesma e/ou lutar contra ela². A morte, para os alunos do quarto ano, remete a sentimentos e sensações de fundo predominantemente negativo e significado principal de fracasso, impotência e imperícia, como se verifica nos discursos:

“Me sentiria muito impotente por não conseguir afastar a morte”. (2)

“Me sinto com uma sensação de perda, mas não como perder um objeto, e sim uma perda de como se eu perdesse uma batalha, uma sensação de impotência e uma dúvida de será que eu fiz alguma coisa errada”. (3)

“A única situação em que eu lidei com a morte foi no terceiro ano, quando estávamos na UTI de adultos e uma paciente faleceu enquanto estávamos examinando [...]. Tive a sensação de impotência por não ter podido fazer nada”. (6)

Pode-se inferir que os alunos, neste estágio da graduação, alimentam a ideia de “médicos heróis”, os quais lutam para vencer a morte, valorizando a ciência e não reconhecendo os seus limites.

As escolas médicas oferecem ao médico uma formação organicista, que privilegia a vida, tendo como objetivo principal a luta contra a morte. Ademais, constata-se a deficiência de livros didáticos e de conteúdos sobre a morte nos currículos^{10,11,13,17}. A escola vive a negação da morte e transporta isso para o ensino^{13,17}.

É importante destacar a necessidade, na área da educação, especialmente no ensino formal, de apresentar ideias e métodos de colocá-las em prática, já que quando os conceitos científicos são insuficientes, os espontâneos ou do senso comum podem prevalecer¹⁸.

Ainda no contexto de luta contra a morte, Kubler-Ross¹⁹ revela em sua experiência que, para a sociedade, é difícil encarar a morte como um fenômeno natural, a ela é atribuída um fator externo e o avanço científico uma estratégia de luta contra a morte, a ponto de negá-la como realidade.

“Tenho medo dessas situações, principalmente quanto ao como comunicar tal fato para os familiares do paciente falecido”. (5)

“Quando estávamos na UTI de adultos tendo aula, uma paciente faleceu enquanto estávamos examinando. Não tive reação, pois não sabia o que fazer”. (6)

“A morte sempre envolve muitas dores e incertezas. Para mim, é sempre um momento difícil e os sentimentos são imprevisíveis”. (10)

Os alunos também revelam sentimentos de medo e angústia frente às experiências com a morte. Esse fato pode ser explicado como uma maneira de lidar com a “derrota” na batalha contra a morte atingindo vários espectros: conhecendo os limites da profissão e sofrimento intenso toda vez que se “perde” um paciente^{2,10}.

Poucos alunos trouxeram sentimentos e significados de fundo positivo para a morte. O discurso a seguir está intimamente ligado ao aprendizado religioso pré-graduação.

“O grande problema é quando a pessoa não está preparada para a morte: estar preparado, no meu ver, é aceitar Jesus como Senhor, Salvador de sua vida. Sou evangélico, portanto morrer, além de ser um processo natural,, é algo muito bom, uma vez que vou viver no Paraíso na presença de Deus, adorando e santificando Seu nome. A Bíblia já diz: Viver é Cristo, morrer é lucro!” (9)

Destaca-se que, após anos de exposição a situações de morte, sem as devidas condições de lidar psicologicamente com elas, o resultado é a dessensibilização por parte dos médicos ao tema²⁰. Desde o primeiro ano de graduação, ao tomarem contato com cadáveres em aulas de anatomia, os alunos, não sem sofrimento, vão adquirindo maturidade intelectual e emocional, em relação à morte, para o exercício da profissão¹¹.

Os sentimentos elucidam que a temática da morte é vista com dificuldade. Isso é revelado pela sensação de medo, despreparo e culpa. A morte é difícil e desagradável, no entanto, é necessário que a escola favoreça a elaboração adequada do que é a morte.

Falta do preparo acadêmico para lidar com a morte

Os alunos referem que há algum tipo de preparo, tanto nas vivências e discussões pré-graduação, quanto na graduação. Esclarece-se que, na grade curricular da turma do quarto ano, consta uma aula destinada à temática morte na disciplina de Psicologia e discussões gerais de humanização em saúde. Todavia, os alunos reportam que é insuficiente para que saibam lidar com a morte.

“Não me sinto totalmente despreparada para lidar com ela. Já tivemos discussões a respeito em algumas disciplinas “. (1)

“Acredito que não somos preparados na faculdade para lidar com esta situação e temos que usar de nossas experiências pessoais para lidar com a morte“. (13)

“Lidar com a morte é mais do que ver cirurgias de alto risco ou ver situações trágicas de saúde, algo que requer uma elevada carga emocional, já que sou muito sensível“. (2)

“Apesar do pouco contato que tivemos com a morte no nosso curso, acho que ainda é um tabu a ser quebrado e discutido. Os professores parecem não querer tocar no assunto [...]. Porém, sabemos que ela está inequivocamente anexada à nossa profissão e que teremos que ter uma boa base psicológica para suportar o impacto de uma perda tão importante, como a de um paciente. A morte, assim como a vida, é objeto de estudo da medicina e deveria ser encarada como tal“. (8)

Os alunos atribuem grande valor às situações de lidar com a morte, seja na sua vivência ou na falta desta, e não julgam suficientes os conhecimentos adquiridos nas atividades extracurriculares ou pré-graduação. Ficam assustados, inseguros, frágeis, gerando sofrimento de ordem psíquica. Parecem querer discussões acadêmicas, em aulas, com referência bibliográfica, e se esquecem que a própria vivência favorece a aprendizagem.

Estratégias de incorporação de cuidados de fim da vida nos currículos de graduação impactam positivamente na atitude dos alunos²¹, aumentam suas habilidades de comunicação e diminuem as atitudes negativas em relação à morte²². Esses estudos evidenciam a possibilidade de incluir a temática da morte nos currículos de graduação da área da saúde, permitindo suprir as necessidades dos graduandos. Ao presenciarem, percebem a postura, os ideais, a maneira do profissional, e isso permite a reflexão dos alunos sobre como lidar quando chegar o seu momento.

“Não vejo grandes obstáculos em lidar com essas situações. No início da faculdade [...] havia mais impacto em pensar em morte. Hoje, ao saber que o paciente morreu ou vai morrer [...] penso em como minimizar o seu sofrimento, porém não tenho coragem de dizer à família e ao paciente que ele vai morrer, posso falar que a situação é muito grave e requer muitos cuidados. Afirmar ‘você vai morrer disso em x tempo’ é muito forte“. (15)

Embora o aluno refere um “tudo bem” ao lidar com a temática, se contradiz ao mencionar que, ao imaginar a situação real, teria dificuldades e falta de coragem. Parece resistir aos sentimentos em relação à temática e até negá-la diante das suas dificuldades. Essa vivência de contradições profundas que, num primeiro momento são insuspeitadas, pode ser frequente¹⁶.

Outros alunos também se manifestam dessa maneira. Uma possível explicação é o fato de que, nesse período da graduação, não é proposto a eles dar as “más notícias”. Essa função é desempenhada por alguém mais graduado: residente, médico contratado ou docente. Dessa maneira, o aluno não enfrenta a situação, não se expõe e não discute sobre o tema.

“Acredito que a tarefa de comunicar más notícias não me seria conferida nesse estágio de graduação. Se fosse eu não teria de fazê-la sozinha, sempre haveria suporte de algum superior“. (1)

“Apesar de não ter tido grande experiência quanto a isso, acredito que ficaria constrangida em falar para a família, além da sensação de impotência e tristeza que provavelmente me ocorreriam. Com o tempo, imagino que essas sensações se amenizem, você acaba aprendendo a lidar com essas situações e amadurecendo“. (4)

○ depoimento a seguir aniquila claramente o aparente “tudo bem” supracitado.

“Tenho medo dessas situações, principalmente quanto ao como comunicar tal fato para os familiares do paciente falecido. Nunca vivenciei tal situação até o momento, mas acho que terei muita dificuldade”. (5)

Lidando com a morte com vistas a tornar-se um médico humanista

O acadêmico de medicina do quarto ano de graduação percebe o evento da morte como algo que faz parte do cotidiano do médico e que merece ser tratada com humanidade, ou seja, com respeito, sentimentos e sofrimentos por parte do médico, além de considerar a qualidade de vida dos últimos momentos da vida do paciente.

“Tento encarar como um evento que irá ocorrer de uma forma ou de outra e temos que tentar levar o maior conforto possível para os familiares, para o próprio paciente e também teremos que nos apoiar entre si”. (13)

“Creio que eu, como futuro médico, não devo me passar por ‘homem gelo’, ausente de sentimentos e privado de sofrimentos”. (2)

“O professor chegou e lidou com o ocorrido de forma muito fria e distante, o que nos deixou decepcionados”. (6)

“Deve ser do conhecimento médico que quando a situação do paciente estiver além do alcance e da capacidade médica, a programação e elaboração de uma ‘qualidade no fim da vida’ tornam-se imprescindíveis”. (17)

Os alunos se apoiam nas experiências cotidianas pessoais e profissionais para elaborarem os seus julgamentos sobre como lidar com situações de morte, sem perderem a sua humanidade. Estudos revelam que o preparo para cuidado de pacientes em fim de vida afetam as atitudes dos estudantes^{9,12}, e que a aprendizagem aumenta as atitudes eficazes e competentes para cuidar de paciente em fim de vida²³. Isso reforça a importância da inclusão do tema morte no ensino formal, ou seja, quantidade significativa de ensino teórico e prático (clínico) na preparação dos estudantes de enfermagem no que se refere ao cuidado de pacientes no fim de vida^{9,12}.

O fato de o aluno citar a necessidade de os profissionais se unirem para ajudar uns aos outros como forma de enfrentamento, remete às sociedades primitivas, nas quais era menor o medo em lidar com a morte, pois o grupo dava conta das necessidades individuais com a ajuda dos rituais, inibindo a ideia de horror²⁰.

Reconhece-se a necessidade de se consolarem os familiares do morto e, também, o médico¹⁶.

Os alunos expressam que o aprendizado se consolidará na prática clínica, seja dentro ou fora da graduação, com a vivência real das situações, e têm esperança de conseguir lidar com a morte com pouco sofrimento próprio e amenizando o sofrimento do próximo.

“Com o tempo imagino que essas sensações se amenizem, já que você acaba aprendendo a lidar com essas situações e amadurecendo”. (4)

“Me sinto impressionado, nunca presenciei muitos episódios de morte. Acho que com a prática médica acabarei me acostumando”. (7)

Desta forma, o aluno do quarto ano vivencia situações de morte na sua realidade acadêmica e pessoal, caracterizando a morte como um tabu que acarreta desconforto, evidenciando a sua falta de preparo e, ao mesmo tempo, percebe que a forma de enfrentamento dessa situação pode

contribuir para se tornar um médico humanista. Para Schultz¹⁴, a existência humana tem uma angústia fundamental, embasada no temor da morte, que é inevitável na realidade social. O acontecimento da morte é tipificado, sendo absorvido pela visão relativamente natural do mundo cotidiano. Ao mesmo tempo, exige uma reflexão sobre a finitude humana e seus desdobramentos para as vivências atuais, ou seja, o mundo vida.

Sexto ano de graduação

A morte ainda é um tabu

Apesar de os alunos do sexto ano terem concluído quase todas as etapas do curso de graduação em medicina, revelam a carência de discussão sobre a morte e as situações que remetem a ela.

“Sinto também que a morte precisa ser melhor estudada e discutida no meio acadêmico, da maneira mais sincera e científica possível”. (19)

Assim como no quarto ano de graduação, a consequência é a negação da morte, com o intuito de diminuir o sofrimento: vê-la como fatalidade, sublimar sentimentos, eliminar a dor e apontar o possível crescimento diante dela, como também foi evidenciado pelas equipes de reanimação cardíaca¹⁰.

“Se é um paciente que tive um contato, criei um vínculo, a perda pra mim é mais triste. Se é um paciente que eu não tenho muito contato, encaro o momento melhor”. (23)

Nesse depoimento, o aluno diferencia a intensidade do seu sofrimento perante a morte de um paciente de acordo com o envolvimento com ele. A convivência com a morte faz parte do cotidiano da atividade médica curricular, especialmente no internato. Essas experiências se configuram como um processo de aprendizagem que contribui para atitudes eficazes e competentes²³.

“Encaro essas situações como algo natural que está acontecendo, isso no caso de pacientes à espera da morte. Já em pacientes submetidos a traumas, a morte pode ser algo doloroso”. (24)

O valor social da morte³ aparece nos depoimentos. Há uma negação pela idade e pela presença da “fatalidade” como justificativas de como melhor aceitar a morte. Morte inesperada versus esperada.

“Tenho sensação de desconforto e inconformismo quando me deparo com tal situação. Tem a ver com a impotência que sinto. Quando chega o momento em que não há mais nada a ser feito e o paciente está morto, sinto como se tivesse falhado e repenso tudo que aconteceu ali”. (26)

Alunos de último período ainda se deparam com o sentimento de que a morte é um fracasso, gerando sensação de impotência. Isso também é revelado por médicos e enfermeiros¹⁰. Nesse período, o aluno poderia ter a maturidade de que a morte é um processo inexorável à vida. É o que prima a escola formadora: um aluno que consegue discernir que a morte não é um fracasso, faz parte da vida e, conseqüentemente, da profissão médica, como evidencia o depoimento abaixo.

“Hoje encaro como uma consequência natural da vida e das doenças sérias encontradas em um hospital terciário”. (22)

Ressalta-se o papel das instituições formadoras na área da saúde em relação à morte. É necessária a formação teórica e prática do aluno no que se refere ao cuidado de pacientes no fim de vida^{9,12}.

Na formação desses alunos, a faculdade, também imersa no contexto da morte invertida, contribui na elaboração do aluno de “batalha perdida”, permitindo a negação perante a morte. Autores como

Kovács chamam a atenção para o fato de profissionais da saúde lidarem constantemente negando a morte, o que favorece comportamentos frios e dessensibilizados de lidar com o humano em situações de morte e sofrimento. E isso acarreta imenso sofrimento psíquico para o profissional²⁰.

A morte como experiência difícil

Os alunos do sexto ano referem que ainda estão aprendendo a lidar com a morte, revelam desconforto, porém reconhecem uma progressão em relação aos seus primeiros contatos com a morte no quarto ano de graduação.

“Ainda estou aprendendo a lidar com a morte. Minha primeira experiência não foi com familiares ou conhecidos, foi no quarto ano da faculdade. Me senti cobrada a ter postura de médico”. (20)

“Para nós como ‘médicos’ é difícil aceitar a morte. Depois a gente se conforma, mas no momento da morte é chocante, difícil”. (21)

“Essas sensações de desconforto, inconformismo e angústia tem a ver com a minha dificuldade de aceitar que um dia eu também vou morrer”. (26)

Mesmo no final do curso e após a graduação, a morte é uma situação difícil para o acadêmico da medicina. Por essa razão, sugere-se que a morte e o morrer sejam temas abordados de modo longitudinal no currículo²⁴.

Para o aluno, o seu sofrimento psíquico, desconforto e angústia, justificam a sua negação da morte. Estudo internacional apresenta outras razões para a negação da morte em hospitais: falta de preparo profissional e de estratégias de enfrentamento pessoal e estrutura organizacional dos serviços⁷.

Percebe-se que, nas experiências acadêmicas, vai se dando o aprendizado, mesmo que o aluno, já no sexto ano, ainda se sinta despreparado para lidar com situações de terminalidade da vida.

“Me sinto despreparada pelo aspecto profissional, uma vez que os familiares buscam respostas que não sabemos”. (22)

“Acho que até consegui realizar o que eu queria, mas não estava preparada para lidar com a morte”. (20)

As ações sucessivas na prática diária instrumentalizam o aluno para lidar com a morte, sendo um processo contínuo no decorrer de sua formação, iniciando-se, provavelmente, nas salas de anatomia¹¹. Esse processo, muitas vezes, não é percebido pelo aluno, que não se dá conta de passar por diversos espaços pedagógicos (técnica; prática; internato; experiência), com destaque ao aprendizado pautado na observação da conduta de outros profissionais e mestres. Além da formação, o aluno traz, como bagagem, sua experiência de vida, englobando a religião e vida de relações com os outros. Para Schultz¹⁴, o homem vive em atitude natural e é influenciado por sua biografia, a qual o motiva e o direciona em suas ações.

Destaca-se que, embora todos os alunos vivenciem o mesmo currículo formal, a experiência vivida com seus fatos significativos é individual, explicando o fato de se encontrarem alunos do sexto ano com discursos que negam a morte, baseando-se na finalidade da profissão médica, excluindo a morte como parte da vida e do cuidado integral.

“Me sinto triste, com a sensação de impotência diante da situação e diante de como amenizar a notícia para os familiares. Para nós médicos, o grande intuito é trazer a vida, conforto e alegria para nossos pacientes e essa situação é extremamente o oposto, porém ela existe e somos totalmente impotentes”. (25)

Até onde um profissional médico pode buscar manter a vida a qualquer custo? No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1.805/06²⁵ delimitou até que ponto a luta contra a morte, obstinada e sem limites, não pode mais ser considerada um dever absoluto dos médicos. As escolas formadoras têm o papel fundamental de trazer à tona discussões para que o aluno reflita, aproxime-se do tema com possibilidades de modificar as suas ações, não apenas para que fique em acordo com leis e códigos, mas que estes façam sentido para o aluno.

A morte como elemento do cotidiano do médico

Os alunos do sexto ano parecem incluir a morte como parte do cuidado médico. Reconhecem que, nas situações de terminalidade, o médico tem o papel de assistir o paciente e a família de modo individual, com recursos advindos das suas experiências vividas.

“Boas palavras, a presença junto ao paciente em fim de vida, conforto aos familiares, tranquilidade e mostrar ao paciente o quanto a fé na vida futura (do outro lado) é importante, são fatores primordiais para uma ‘morte’ tranquila deste paciente. Uma prece/oração parece também acalmar a nós e aos familiares”. (19)

“Tentei ser firme, não desabar, mas também não ser impessoal”. (20)

Com seus recursos próprios, especialmente das experiências vividas, os alunos vão aprendendo a lidar com a morte, como evidenciado em um estudo realizado em 2003 e 2004, também com graduandos de medicina na mesma Faculdade²⁶, e em estudo com alunos de medicina e enfermagem¹¹.

Embora o aluno não tenha tido um aprendizado formal sobre a morte e o relacionamento com pacientes em fim de vida e seus familiares, suas experiências proporcionam um modo de ser preocupado em não se limitar aos procedimentos técnicos e nem se entregar ao sentimentalismo.

Destacam-se algumas iniciativas que proporcionam o desenvolvimento, nos alunos, de competências relacionadas ao enfrentamento da morte e do morrer. Estudo desenvolvido na Coreia revela que os alunos, após um curso de humanização no fim da vida, melhoraram suas habilidades de comunicação, a ansiedade diante da morte e as atitudes em direção à morte, sendo considerado essencial o preparo do aluno para tais questões²². Experiências clínicas simuladas se configuram como estratégia de ensino sobre a morte e o morrer, por proporcionarem que o aluno aprenda, desenvolva confiança e competências relacionais necessárias para tal enfrentamento²³. Outro estudo propõe a inclusão de disciplina curricular que possibilite o acolhimento das emoções dos alunos de medicina, o que, muitas vezes, não é tratado pelo currículo formal que se dedica de modo enfático às questões técnicas, em detrimento das emoções²⁷.

Enquanto a questão da morte para o aluno do quarto ano é difícil, mas existe a possibilidade de aprendizado, para o aluno do sexto ela continua sendo difícil, mas lhe é exigida uma postura de médico, com todas as prerrogativas da profissão, por não haver, como no quarto ano, perspectiva de aprendizado durante a graduação.

Considerações finais

Situações de morte e morrer estão presentes no cotidiano do acadêmico de medicina, especialmente a partir do quarto ano, intensificada no internato, quinto e sexto anos, onde sua carga horária é direcionada para o cuidado direto dos pacientes internados. O ambiente de ensino do internato, para esses alunos do estudo, é um hospital de referência para a região de saúde, configurando-se no atendimento de pacientes de alta complexidade. Sendo assim, independente da unidade hospitalar em que o aluno esteja atuando, tem possibilidades de interagir com pacientes em fim de vida.

O conhecimento técnico-científico e a afetividade dos acadêmicos no cotidiano da assistência foram elementos fundamentais do cuidado prestado aos pacientes terminais e seus familiares. Este estudo permitiu evidenciar a natureza desse cuidado, revelando sentimentos, motivos os quais escapam à observação objetiva e que influenciam o modo de agir.

Alunos do quarto ano descreveram a morte como um tabu, por ser pouco abordada e discutida. Desperta sentimentos e sensações desagradáveis, tratando a morte, frequentemente, como um fracasso profissional, sentimento amenizado pela presença do professor. Isso revela seu despreparo para lidar com a morte e sua expectativa deste aprendizado com vistas a se tornar um médico humano: incluir os aspectos relacionais e técnicos.

Para os alunos do sexto ano, a morte ainda continua sendo um tabu, pois consideram um tema pouco discutido na formação médica. Embora também considerem difícil a experiência com a morte, como os alunos do quarto, o fato de vivenciarem contextos de terminalidade e morte, oportunizou o aprendizado por meio da observação e postura frente a estas situações, de modo que a morte e suas interfaces passam a fazer parte do cotidiano médico. É exigido, do graduando da medicina de sexto ano, a postura de comunicar a família, lidar com sentimentos de perda e luto.

Para os estudantes, a morte mostra-se sob várias perspectivas, desde uma experiência muito difícil, até a sua incorporação como elemento do exercício profissional. Há, no decorrer da graduação, experiências compartilhadas entre os pares, os professores, os pacientes e os familiares, que favoreceram sua aprendizagem para lidar com o tema morte.

Este é um estudo qualitativo, portanto, os resultados apresentados descrevem e compreendem a experiência vivida por alunos de medicina na ocasião da coleta de dados, não tem a pretensão de generalização para outras escolas médicas.

As questões relacionadas à morte e ao morrer exigem que os alunos tenham competências técnicas e emocionais para elaboração e enfrentamento. É necessário que a graduação proporcione oportunidades para que ambas as competências possam ser aprimoradas, pautadas em conhecimentos científicos, éticos e legais. Nesse sentido, a bioética tem contribuído e trazido à tona questões relativas aos diferentes modos de se morrer com os temas: eutanásia, distanásia, ortotanásia e humanização nos hospitais. Faltam, como apontado pela literatura internacional, experiências voltadas para o ensino de habilidades comunicacionais, competências na esfera da sensibilidade humana, saberes também necessários para a formação do médico, contribuindo para seu próprio bem-estar e para o sistema de saúde de modo geral.

Colaboradores

Anáisa Caparroz Duarte e Regina Célia Popim participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Débora Vieira de Almeida: revisões bibliográficas, discussões e revisão do texto.

Referências

1. Eizirik CL, Polanczyk GV, Eizirik M. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Rev AMRIGS*. 2000; 44(1-2):50-5.
2. Cassorla RMS, coordenador. *Da morte, estudos brasileiros*. 2a ed. Campinas: Papirus; 1998.
3. Ariès P. *O homem diante da morte*. São Paulo: Unesp; 2014.
4. Marcílio ML. A morte na história. In: Martins JS, organizador. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 1983. p. 61-75.
5. Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: Cassorla RMS, coordenador. *Da morte, estudos brasileiros*. 2a ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 25-49.
6. Boemer MR. *A morte e o morrer*. 3a ed. Ribeirão Preto: Holos; 1998.
7. González LC, Fernández RG, Fuentes PS, Medina CV. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Med Paliat*. 2012; 19(4):148-54.
8. Brandão C. Câncer e cuidados paliativos: definições. *Rev Prat Hosp*. 2005; 7(42):54-6.
9. Mallory JL. The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduated nursing students. *J Prof Nurs*. 2003; 19(5):305-12.
10. Saloum NH, Boemer MR. A morte no contexto hospitalar – as equipes de reanimação cardíaca. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1999; 7(5):109-19.
11. Valente SH, Boemer MR. A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. *Rev Bras Enferm*. 2000; 53(1):99-108.
12. Johnson A, Chang E, O'Brien L. Nursing the dying: a descriptive survey of australian undergraduated nursing curricula. *Int J Nurs Pract*. 2009; 15(5):417-25.
13. Gillan PC, Riet PJ, Jeong S. End of life care education, past and present: a review of literature. *Nurse Educ Today*. 2014; 34(3):331-42.
14. Shultz A. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes; 2012.
15. Holloway I, Wheller S. Phenomenology. In: Holloway I, Wheller S, organizadores. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3rd ed. Oxford: John Wiley & Sons; 2013. p. 213-31.
16. Consorte J. A morte na prática médica. In: Martins JS, organizador. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 1983. p. 38-60.
17. Torres W, Guedes WC, Torres RC, Ebert T. Algumas contribuições à pesquisa sobre a morte. In: Cassorla RMS, coordenador. *Da morte, estudos brasileiros*. 2a ed. Campinas: Papirus; 1998. p. 131-44.
18. Vigotski LS. *Pensamento e linguagem*. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
19. Kubler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes; 1969.
20. Kovács MJ, coordenador. *Morte e desenvolvimento humano*. 4a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
21. Dobbins EH. The impact of end-of-life curriculum content on the attitudes of associate degree nursing students toward death and care of dying. *Teach Learn Nurs*. 2011; 6(4):159-66.
22. Jo K-H, An G-J. Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. *Collegian* [Internet]. 2013 [acesso 2015 Abr 1]; 22(1):91-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.11.008>

23. Leighton K, Dubas J. Simulated death: an innovative approach to teaching end-of-life care. *Clin Sim Nurs*. 2009; 5(6):223-30.
24. Anders S, Fischer-Bruegge D, Fabian M, Raupach T, Petersen-Ewert C, Harendza S. Teaching post-mortem external examination in undergraduate medical education - The formal and informal curriculum. *Forensic Sci Int*. 2011; 210(1-3):87-90.
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.805/2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. *Diário Oficial da União*. 28 Nov 2006. Seç. 1:169.
26. Sadala MLA, Silva MP. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24):7-21.
27. Leeuw S, Parkes MW, Thien D. Questioning medicine's discipline: the arts of emotions in undergraduated medical education. *Emot Space Soc*. 2014; 11:43-51.

Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. La muerte en el cotidiano de la graduación: una mirada del alumno de medicina. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1207-19.

Se trata de un estudio cualitativo con el objetivo de describir cómo los alumnos del cuarto y sexto año de graduación en medicina humana enfrentan situaciones que envuelven la muerte. Se utilizó el referente teórico-metodológico de la fenomenología. Tanto los alumnos del cuarto año como los del sexto consideraron la muerte un tabú, por ser un tema poco discutido en la formación médica. Para los alumnos del cuarto año, los sentimientos y sensaciones desagradables que acompañan la muerte en el contexto de cuidar se ven atenuados por la presencia del profesor y la expectativa de aprendizaje. A su vez, los alumnos del sexto año revelaron que vivir el contexto de condición terminal y muerte permitió aprendizaje, incorporación del tema en el cotidiano médico, incluso con las inseguridades y dificultades presentadas. Por lo tanto, además del conocimiento técnico-científico, las habilidades en las relaciones inter-personales y la afectividad del profesional médico son importantes para enfrentar el desgaste de la práctica clínica.

Palabras clave: Muerte. Estudiantes de Medicina. Educación Médica. Investigación cualitativa.

Recebido em 03/10/14. Aprovado em 24/03/15.

Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família:

o olhar do trabalhador de saúde*

Carolina Milena Domingos^(a)
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes^(b)
Brigida Gimenez Carvalho^(c)

Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-32.

To consolidate the proposal of multiprofessional residency for family healthcare (MRFH), participation by healthcare professionals working in this service becomes essential. Thus, the objective of this study was to reveal healthcare workers' perceptions about the potential for inserting MRFH in family healthcare units (FHUs). This was a qualitative study, conducted among 25 workers at FHUs covered by MRFH. The discourse revealed that the actions of residents at FHUs had the power of inducing changes in the work process at FHUs and training professionals who would be qualified to act within the family health strategy (FHS). Thus, residency contributes towards making the FHS a tool for changing the healthcare model and constitutes a way of operating the proposals of the continuing health education policy.

Keywords: Family healthcare. Healthcare human resources. Personnel development.

Para a consolidação da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), torna-se imprescindível a participação do profissional de saúde atuante no serviço. Assim, o objetivo deste estudo foi revelar a percepção do trabalhador de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF nas Unidades de Saúde da Família (USF). Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 25 trabalhadores das USF contempladas com a RMSF. Os discursos revelaram que a atuação dos residentes nas USF foi potente para induzir mudanças no processo de trabalho destas e para a formação de profissionais capacitados para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF). Deste modo, a residência contribui para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e constitui uma forma de operar o proposto na Política de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Palavras-chave: Saúde da família. Recursos humanos em saúde. Desenvolvimento de pessoal.

* Elaborado com base em Domingos CM. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do Trabalhador de Saúde [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2012.
^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Av. Robert Koch, nº 60, Vila Operária. Londrina, PR, Brasil. 86038-350. carolinamdomingos@gmail.com; alnunes.3@gmail.com

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, UEL. Londrina, PR, Brasil. brigidagimenez@gmail.com

Introdução

O trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores são fortemente influenciados pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais. As vivências, concepções, ideias sobre saúde, histórias de vida, os valores, princípios políticos e culturais, entre outros, vão moldando indivíduos que exercem o cuidado em saúde de diferentes modos. Assim, se estabelece uma disputa entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde. É uma disputa societária, em que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem perdido cotidianamente¹.

O atual cenário da relação ensino-serviço também é atravessado por esse processo de disputa, o qual desencadeia uma gama de fatores que se expressa na dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde. Segundo Feuerwerker¹, para que o SUS ganhe a disputa referida anteriormente, não são suficientes capacitações que reformem o pensamento do trabalhador, mas, sim, que trabalhadores da saúde se sintam protagonistas dos processos de mudanças, mais críticos, reflexivos, problematizadores do cotidiano, participando da produção de novas alternativas para se fazer saúde.

Apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento das diretrizes do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação desse sistema universal². Nesse sentido, foram criadas parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino para a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Em 2005, surge a proposta da RMSF no município de Londrina, pela Universidade Estadual de Londrina, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Essa residência é organizada com o objetivo de colaborar para a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município e formar profissionais capacitados para atuarem: na atenção básica, no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias, de comunidades, e na gestão do trabalho, com enfoque multiprofissional, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar³.

Para a consolidação da proposta da RMSF, uma vez que ela forma os profissionais no ambiente de trabalho, torna-se imprescindível a participação do trabalhador do serviço de saúde na inserção do residente na Unidade de Saúde da Família (USF) e na produção do cuidado integrada ao ensino. A participação dos trabalhadores de saúde na pesquisa e na produção de serviços integrados ao ensino é destaque do projeto político-pedagógico de estruturação das RMSF⁴.

A característica de ensino em e para o serviço constitui eixo norteador do programa, conforme o proposto pelo Ministério da Saúde quando dispõe sobre a RMSF⁵. À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É nesse tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos, considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local^{6,7}.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi revelar a percepção dos trabalhadores de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Metodologia

O estudo utilizou abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Foi realizado em cinco USF, contempladas com a inserção da RMSF da Universidade Estadual de Londrina (UEL), localizadas neste município. Definiu-se como critério de inclusão das Unidades de Estudo a atuação de residentes na mesma USF desde a primeira turma (2007/2008), uma vez que um dos critérios para a seleção do local a ser estudado foi a convivência entre trabalhadores do serviço e residentes.

Foram entrevistados até seis trabalhadores em cada USF, das categorias profissionais que atuam na ESF: médico; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; agente comunitário da saúde (ACS); dentista;

auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, totalizando 25 sujeitos entrevistados. Como instrumento de obtenção de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro.

As entrevistas foram realizadas entre janeiro e março de 2011. Como instrumentos de registro, foram utilizados o gravador digital e o caderno de campo. Os discursos gravados foram transcritos na íntegra. Após as leituras das transcrições, retiraram-se possíveis vícios de linguagem e realizou-se a correção ortográfica para a proteção dos participantes. Os dados foram utilizados para a produção dos resultados, e as gravações destruídas após sua transcrição.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo⁸, a qual pode ser mais bem compreendida caracterizando duas fases. A primeira fase corresponde à análise individual ou ideográfica. Nesta, foram realizadas leituras dos discursos dos entrevistados e identificadas as palavras e/ou frases que possuísem algum sentido na perspectiva do fenômeno estudado, caracterizando-se, desta forma, as unidades de significado.

Na segunda fase, realizou-se a articulação dos diversos casos individuais com o geral, caracterizando a análise geral. Assim, após nova leitura das entrevistas, foram feitas a aproximação e as convergências e divergências das unidades de significado dos discursos individuais, o que possibilitou a construção de categorias que estruturaram o fenômeno estudado.

Buscando assegurar o sigilo da identidade dos participantes, estes foram identificados por códigos compostos por uma letra e um número. A letra corresponde às iniciais do nome da categoria profissional do trabalhador, e o número à ordem da realização da entrevista. Portanto, a última entrevista realizada com um participante pertencente à categoria profissional Médico recebeu o código M25.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – EP/UEL, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

Resultados

Da análise das entrevistas, emergiram categorias de análise referentes às potencialidades da RMSF para o processo de trabalho do trabalhador de saúde da USF e potencialidades para a formação do residente, conforme fluxograma ilustrativo apresentado na Figura 1. A seguir, apresentam-se as percepções dos trabalhadores frente às potencialidades da RMSF.

Potencialidades da RMSF para o processo de trabalho do trabalhador de saúde da USF

Com base nos discursos dos trabalhadores, a RMSF se revelou como uma perspectiva de inclusão de diversas categorias profissionais que não atuavam nas USF anteriormente. Os residentes da RMSF de Londrina iniciaram suas atividades em unidades com equipes de saúde da família compostas pelo mínimo de profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Também atuavam no serviço a equipe de saúde bucal e o fisioterapeuta. As três turmas da RMSF proporcionaram a entrada de: dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais de educação física e assistentes sociais, nas equipes⁹.

A presença constante de residentes das categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente resultou no aumento da capacidade da equipe de resolver e/ou enfrentar os problemas de saúde do usuário, pois, para os trabalhadores, os residentes representaram um apoio na prestação do cuidado, por meio da troca de conhecimentos, proporcionado pela discussão de casos e tomada de decisão para a realização do cuidado em saúde entre diferentes categorias profissionais.

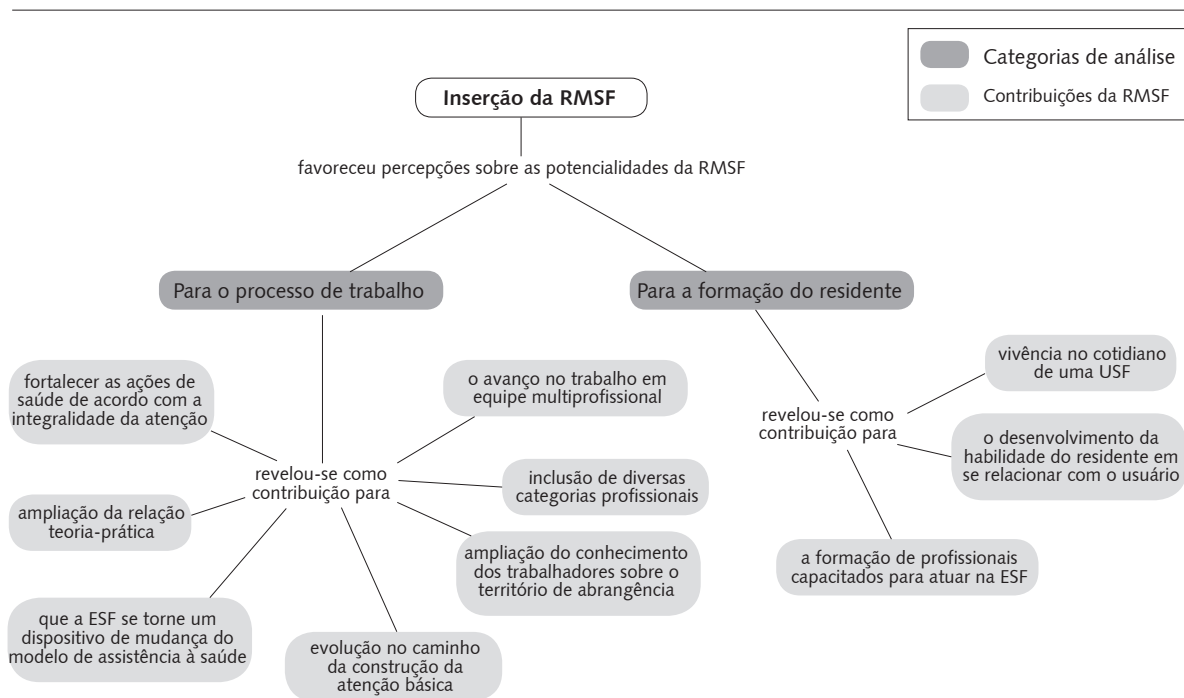


Figura 1. Fluxograma ilustrativo das percepções dos trabalhadores frente às potencialidades da RMSF do município de Londrina, Brasil, 2014.

Os entrevistados referiram que o fato de haver residentes de diferentes áreas de atuação também levou a uma melhoria da qualidade e “facilidade do encaminhamento para completar o tratamento do paciente” (M15). De acordo com as falas dos participantes do estudo, antes do início das atividades dos residentes nas unidades, quando o paciente necessitava de continuidade do tratamento nas áreas de atuação dessas diferentes categorias profissionais, isso era feito em outros locais. Assim, após o atendimento na unidade, os pacientes eram encaminhados para outro serviço ou, “por muitas vezes, inseridos em uma longa ‘fila de espera virtual’, de acordo com a disponibilidade de vagas” (M15), o que resultava na demora em dar continuidade ao atendimento.

A necessidade de referenciar o usuário para outros serviços evidencia a insuficiência da oferta do cuidado e a dificuldade que, muitas vezes, as equipes de saúde da família, estruturadas na perspectiva da equipe mínima da ESF, têm para atender às necessidades de saúde dos usuários. A atuação de profissionais de várias áreas, na modalidade do trabalho em equipe para o alcance da construção de saberes e práticas que contemplem as diversas dimensões da saúde, constitui condição necessária para o alcance da integralidade da atenção¹⁰.

A realização de uma abordagem de atenção primária mais ampla e qualificada, o que sustenta a inclusão de outros profissionais para o desempenho do ‘trabalho de equipe’ nos diversos países, é confirmada pela mudança do perfil epidemiológico, como: o envelhecimento da população, o aumento da incidência e a prevalência das doenças crônicas, com grande impacto nos indicadores de saúde da população¹¹.

A RMSF também foi entendida como um avanço no trabalho em equipe multiprofissional, tanto pela inserção de trabalhadores aprendizes de diferentes áreas quanto pela prática dos residentes na unidade. Para os trabalhadores, “a residência é uma união, um círculo que se fecha completamente e consegue trabalhar redondinho” (ACS13).

De acordo com as falas dos participantes, quando os residentes iniciaram suas atividades na unidade, havia o predomínio de uma prática marcada pela excessiva divisão de trabalho, com a fragmentação de tarefas, estas estritamente técnicas, em que cada categoria profissional desempenhava determinado conjunto de atividades e atribuições. Tal concepção está de acordo com o que acontece na maioria dos serviços de saúde^{12,13}.

Esse enfoque já era tomado como uma realidade dada, não se problematizando a discussão sobre o processo de trabalho entre profissionais de diferentes profissões. Entretanto, com a chegada dos residentes, os trabalhadores começaram a perceber que não ocorria apenas um agrupamento de profissionais de diferentes áreas: “mais que uma junção, era uma integração entre diversas disciplinas” (M25), que contemplava as especificidades de cada especialidade e possibilitava pensar ações em conjunto na resolução dos problemas de saúde. Os residentes favoreceram o trabalho coletivo: “com a residência, houve um conjunto de vários profissionais se apoiando, ajudando e comunicando para atingir um mesmo objetivo, que é a saúde da comunidade” (AO7).

Peduzzi¹⁴ conceitua o trabalho em equipe multiprofissional como um trabalho coletivo, caracterizado pela relação recíproca entre as condutas técnicas e interações dos profissionais de diversas categorias, mediadas pela comunicação, para a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. O trabalho em equipe também é compreendido como o conjunto das relações entre os trabalhadores no cotidiano de trabalho, envolvendo relações entre pessoas, relações estas de poderes, saberes, afetos e desejos^{15,16}.

No Brasil, a ideia do trabalho em equipe surgiu em meados da década de 1960, como forma necessária de se contrapor às formas hegemônicas de atenção em saúde e, ainda, como dispositivo interrogador da ênfase dada na formação especializada e curativa dos profissionais de saúde¹⁰.

Essa finalidade do trabalho em equipe também foi percebida pelos entrevistados, pois a atuação em equipe entre os residentes “possibilitou resolver uma maior quantidade de problemas, atender o usuário de forma integral” (ACS13). Com a residência, o enfoque do cuidado passou a ter um maior direcionamento para a família.

Desta forma, a partir dessa percepção, à medida que os trabalhadores foram conhecendo os residentes, estabelecendo relações e parcerias no desenvolvimento das ações, o trabalho em equipe passou a acontecer não mais apenas entre os residentes, mas, também, entre estes e os trabalhadores da unidade. A “integração da equipe de trabalho aumentou a resolutividade, hoje o trabalho acontece sem culpa, não dá para resolver o problema do paciente sozinho, sozinho a gente se sentia culpado” (AO18).

Campos¹⁷ aborda o conceito de campo e núcleo no âmbito da existência de responsabilidades e competências no desempenho do trabalho em equipe. O autor afirma que é preciso considerar que cada profissional tem habilidades e capacidades inerentes à determinada área profissional, não podendo haver igualdade em todas as ações dos agentes de diferentes categorias. Neste sentido, o conceito campo se refere aos conhecimentos e às responsabilidades comuns às diversas especialidades da área da saúde. O conceito núcleo seria o conjunto de conhecimentos e responsabilidades específicos de cada profissão.

Os sujeitos também entenderam a residência como uma ferramenta para fortalecer as ações de saúde do dia a dia da unidade, de acordo com a integralidade da atenção: “a residência traz a ideia de envolver tudo, não olhar apenas a criança, mas a família, como a família vive. Nem sempre, a comunidade necessita do remédio. Muitas vezes, precisa de atenção. E os residentes cumprem esse papel” (AO7).

Outra percepção sobre a residência, referida, sobretudo, pelas auxiliares de odontologia, foi a contribuição do projeto para a expansão da assistência em saúde bucal à população adulta. Antes da entrada dos residentes, as equipes de saúde bucal de algumas das unidades em estudo prestavam atendimento direcionado a crianças, adolescentes e gestantes: “até então, a gente trabalhava com escola e a partir daí, nós começamos a trabalhar com a família também, e a realidade mudou totalmente” (AO18).

A ampliação do atendimento à família proporcionou a articulação da equipe para modificar a rotina do processo de trabalho da odontologia, tanto com relação à estrutura física como à aquisição

de novos olhares para a população: “nós tivemos que tirar do nada o nosso tudo, e o residente também, e ele nos ajudou muito, só faltou mexer na estrutura física do posto” (AO18). Essa situação proporcionou o “conhecimento sobre a realidade dos problemas de saúde da população” (AO18) de forma geral, em todas as faixas etárias.

Desse modo, houve maior organização das equipes de saúde bucal, de acordo com a regulamentação do Ministério da Saúde, em que a realização da atenção integral individual e coletiva a todas as famílias é uma atribuição comum a todos os profissionais componentes da equipe de saúde bucal¹⁸. As diretrizes curriculares do curso de odontologia vêm contribuindo para a formação de um novo perfil de profissional, que possua uma nova maneira de olhar para a pessoa e a comunidade que recebem o cuidado de saúde bucal¹⁹.

Houve ampliação na relação teoria-prática. Com base no discurso dos trabalhadores, a RMSF se revelou como “uma junção do conhecimento teórico com a prática para gerar bons resultados, como a melhora da qualidade do atendimento ao paciente” (E8). Para esses trabalhadores, a residência possibilitou a reflexão teórica sobre o seu trabalho cotidiano por meio da convivência diária com os residentes que subsidiavam constantemente suas ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS: “a pessoa jovem, trazendo a teoria, motiva quem está perto a desenvolver todas as atividades que ele desenvolve, da forma que ele desenvolve, traz conhecimento sobre o SUS” (E8).

De fato, a capacidade de refletir constitui a primeira condição do ato comprometido do trabalhador. Para tal, precisa conhecer e reconhecer a realidade em que se encontra. O ato de conhecer se dá na indivisibilidade da reflexão e da ação, da teoria e da prática²⁰. E, ainda, a interação ensino-serviço também gera conhecimento para os serviços. Essa ligação contribui para potencializar a educação permanente em saúde²¹. O aporte teórico trazido pela RMSF contribuiu para a formulação e reformulação dos valores e ideias que cada profissional tinha sobre o SUS, por meio “de ideias novas que provocam a mudança de uma prática antiga da unidade” (M25). Para Merhy²², o trabalhador realiza opções tecnológicas ou políticas a favor ou contra o SUS a todo momento, pois a relação entre o profissional e o cenário em que ele se encontra acontece em um mundo não estruturado e com alta capacidade inventiva, conferindo, ao trabalhador, a liberdade de agir no cotidiano.

Apesar de o subsídio teórico ter sido percebido como contribuição da residência para o serviço, e o aporte prático do dia a dia do serviço como contribuição do serviço para com a RMSF, esse resultado nos leva a pensar na construção do senso comum que coloca a academia como detentora da teoria, e o serviço como detentor da prática, como se os profissionais do serviço fossem destituídos do saber teórico e a academia, por sua vez, da experiência prática, como se fossem características separadas, que acontecessem isoladamente, quando, na verdade, a relação teoria-prática não ocorre separadamente. Não existe a prática sem a teoria. Elas caminham juntas.

Para os trabalhadores de saúde, a residência ampliou o conhecimento dos trabalhadores das unidades sobre o território de abrangência por meio do levantamento e da organização de dados epidemiológicos (morbidade, morbimortalidade, demográficos) referentes às microáreas, realizados pelos residentes, em parceria com os funcionários: “então houve uma troca muito grande de conhecimentos. Os trabalhadores começam a aprender isso. Houve uma integração entre a equipe da unidade” (AO18). Esse processo resultou no incremento do planejamento das ações de saúde voltadas para as necessidades da comunidade: “as ações eram pautadas em pesquisas. Melhorou a organização da unidade. Modificou o processo de trabalho, principalmente, pela organização” (AO12).

Devido à existência de características específicas das condições de vida e saúde de uma determinada população, que varia de acordo com o passar do tempo e de uma população para outra, o conhecimento dos fatores que contribuem para o adoecimento é fundamental para o enfrentamento dos mesmos. A apropriação do território é importante para o planejamento e a gestão do serviço de saúde, na busca da construção de um modelo assistencial voltado para a realidade²³.

Considerando a fala dos trabalhadores entrevistados, a RMSF foi entendida como uma importante contribuição para que a Estratégia Saúde da Família se torne um dos dispositivos de mudança do modelo de atenção à saúde com vistas à reorganização da atenção básica, pois a convivência diária dos trabalhadores com os residentes e suas práticas proporcionou “constantes discussões entre eles e o trabalhador, os residentes conseguem integrar e mudar o trabalho” (M1). A fala a seguir reflete

o significado da residência como potencializadora da ESF: “é uma forma de não acabar o PSF, segura para ele não acabar, os residentes fazem PSF e acabam influenciando outros profissionais a fazerem durante o trabalho multiprofissional” (ACS17).

Assim, a residência foi compreendida como uma evolução no caminho da construção da atenção básica, pois amplia o conhecimento do profissional sobre o tema, “um assunto que antes era só falado, agora está se concretizando” (M1). “Para os trabalhadores, a residência traz tudo o que a saúde pública pede, ainda mais sendo em saúde da família” (E15).

Embora a Política Nacional de Atenção Básica reafirme a ESF como estratégia prioritária para organização da atenção básica, verifica-se a permanência do seu caráter prescritivo desde a sua configuração enquanto Programa Saúde da Família, na década de 1990, em que são definidos: locais de atendimento, visitas domiciliares, uma lista de atividades que devem ser realizadas pela equipe, tendo, entre suas ferramentas, a territorialização e o vínculo.

Essas “prescrições” não modificam a forma de produção dos serviços de saúde, mantendo a prática do trabalho médico-centrado. No entanto, o trabalhador tem autonomia, no cotidiano do serviço, para ignorar tais prescrições, aceitá-las como um compromisso com o serviço, e não com o usuário, ou ignorar parte das recomendações e dedicar-se à população para a melhoria das condições de vida (possibilidades menos frequentes)²⁴.

Os trabalhadores possuem autopoder e autogestão na micropolítica do trabalho, podendo ou não aderir às propostas do sistema. Para Franco²⁵, a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos na produção do cuidado em saúde, no dia a dia, nas relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Assim, a consolidação da ESF no serviço de saúde como estratégia de reorganização da atenção básica e mudança do modelo de assistência é viabilizada a partir da reestruturação da micropolítica do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, no sentido da valorização da relação trabalhador-usuário. Deve haver o constante predomínio do uso das tecnologias leves, pautadas pelo acolhimento, por meio do estabelecimento: de vínculo, da escuta qualificada, do compromisso e da resolutividade dos problemas de saúde da população²⁴.

A abertura para o novo favoreceu a construção coletiva do enfrentamento de problemas, por meio da criação de espaços de discussão entre residentes e trabalhadores. Discutir o processo de trabalho implica assumir responsabilidades, o que gera desconforto por trazer à tona rotinas já estabelecidas que necessitam ser mudadas, que precisam de uma ação. Campos¹³ enfatiza a importância da existência de espaços coletivos para a coprodução de sujeitos. O espaço coletivo, caracterizado pelo encontro entre sujeitos, é destinado a: comunicação, escuta, expressão de desejos, interesses, discussão e análise de aspectos da realidade e elaboração de estratégias para a solução de necessidades.

Compartilhado por residentes e trabalhadores, nesse espaço, acontece a aproximação do objeto de ensino à realidade do trabalho. Como apontado por Freire²⁶ e Vasconcellos²⁷, a motivação para as mudanças surge, sobretudo, da identificação do objeto do conhecimento com a realidade dos sujeitos. Segundo Roschke²⁸, os indivíduos não substituem e nem somam seus conhecimentos, mas os constroem com base em conhecimentos prévios; assim, só existirá a incorporação de novos conhecimentos que fizerem parte da realidade e das necessidades do sujeito.

Potencialidades da RMSF para a formação do residente

A RMSF foi compreendida pelos trabalhadores como uma estratégia de formação

“de profissionais capacitados para atuar na ESF por proporcionar o enfrentamento da realidade para um profissional saindo da faculdade, fazendo com que ele se depare com a prática, porque teoria é uma coisa e a prática é outra, e, na residência, ele é obrigado a associar a teoria com a prática.” (AO7)

Essa relação ensino-serviço “resulta da própria vivência no trabalho do cotidiano da unidade” (E8).

A característica de ensino em e para o serviço constitui eixo norteador do programa, conforme o proposto pelo Ministério da Saúde, quando dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família^{3,29}. Vale ressaltar que, à medida que os residentes vivenciavam os problemas do cotidiano, aproximaram-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS), como foi dito anteriormente.

Desta forma, os residentes adquiriram “experiência em relação ao processo de trabalho no dia a dia da unidade” (ACS10), o qual é caracterizado por sua “complexidade, diversidade, sendo criativo e dinâmico” (E16). A produção do cuidado envolve um complexo conjunto de atividades. Os trabalhadores obedecem a uma distribuição física e organizacional acordada entre os mesmos em uma conversa mediada pelo trabalho. Atuam em locais específicos para produzir determinados produtos, em diferentes unidades de produção, como: a sala de vacinas, a recepção e outros⁶.

A experiência diária nas diversas situações que acontecem em uma USF faz “com que o residente modifique o processo de trabalho enquanto é modificado” (M25). Segundo Morin³⁰, a educação deve ser vista como transformadora da realidade do sujeito que é educado, e não como uma simples aquisição de conhecimentos, de modo a despertar a responsabilidade e a solidariedade.

Para Freire²⁶, o aspecto transformador da educação não deve ser limitado à simples transmissão de conhecimentos, gerando acúmulo de informações. No ato de ensinar, os educandos são estimulados a refletirem sobre a prática, a partir da prática social. Nesse processo, é essencial que ocorra a integração da prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática dos sujeitos.

A formação em saúde, frequentemente, é considerada uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de se aproximar das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. Para a consolidação do SUS, é fundamental que se possibilitem novos espaços de formação que articulem instituição de ensino, serviço de saúde e comunidade, para que a simples e insuficiente transmissão de conhecimento dê lugar à problematização e à transformação da realidade, integrando discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e da realidade sanitária³¹.

Devido à complexidade do cenário onde a residência ocorre, caracterizado por unidades com áreas de abrangência que contemplam populações com características diversificadas, em que a grande maioria utiliza a unidade na busca de cuidados de saúde, nas mais variadas situações que necessitam de atenção e resolutividade, a residência foi percebida pelos entrevistados como uma “especialização para a vida” (AE3).

Essa especialização em serviço foi definida, pelos participantes do estudo, como uma capacitação que vai além do preparo do indivíduo para determinada especialidade, “porque, no saúde da família, ele enfrenta todas as dificuldades que vai trazendo aquele conhecimento, aquela vivência que realmente todo o profissional tem que ter para ser um bom profissional” (AE3), proporcionando o desenvolvimento de habilidades que colaboram para a resolução de problemas vividos no cotidiano, na forma de lidar com os indivíduos, preparando o residente para atuar em todas as áreas relacionadas ao setor saúde: “porque teoria precisa, sim, mas a vivência traz um peso tão grande” (AE3).

Ferla e Ceccim³² entendem que a educação pelo trabalho é uma das alternativas para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção. Ressaltam que a presença contínua nos locais de produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade: “o residente experiencia o trabalho em equipe e sai apto a trabalhar em qualquer lugar, pois vive a integração das diversas disciplinas” (M25).

Para os trabalhadores, no decorrer da residência, os trabalhadores aprendizes eram modificados pela realidade, não somente com relação à técnica, mas na habilidade de se relacionarem com o usuário, de praticarem o cuidado solidário, comprometido com a produção de saúde: “a prática proporciona uma boa visão das dificuldades de entrosamento com o usuário, o residente se relaciona com a comunidade e cria vínculo, se compromete com o cuidado, vai atrás do que a pessoa precisa” (AE22).

Dessa forma, os residentes aprenderam a identificar as necessidades de saúde dos usuários, que abrangem uma ampla gama de dimensões⁶. Cecilio³³ sugere uma organização para as necessidades de saúde em quatro grandes grupos: ter boas condições de vida; ter acesso às tecnologias de saúde; criar vínculo com a equipe; e ter crescente autonomia sobre sua vida. Os princípios e diretrizes do SUS perpassam continuamente esses grupos, os quais evidenciam a complexidade dos problemas de saúde, que envolve desde aspectos biológicos do corpo até a dimensão subjetiva e social do indivíduo.

Considerações finais

A percepção do trabalhador de saúde sobre as contribuições da RMSF permeou a mudança do processo de trabalho de acordo com a perspectiva da atenção básica. A RMSF foi potente para induzir ao avanço no trabalho em equipe multiprofissional e inovadora, por inserir no serviço de saúde as categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente, o que contribuiu para evidenciar a insuficiência da equipe mínima da ESF.

Para os profissionais do serviço, com a inserção da residência, houve ampliação da relação teoria-prática e do conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência. E, ainda, fortaleceu ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção. Assim, a RMSF foi entendida como uma contribuição para que a Estratégia Saúde da Família se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e uma evolução no caminho da construção da atenção básica.

A influência da RMSF na mudança da micropolítica do trabalho, de acordo com a perspectiva da atenção básica (integralidade do trabalho em equipe multiprofissional), contribui para que a atenção primária seja mais resolutiva nos cuidados sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Essas potencialidades corroboram os objetivos e as características necessárias para a implementação das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Os resultados deste estudo também revelaram que, para os profissionais do serviço, a RMSF se mostrou como uma potente estratégia de formação de profissionais capacitados para atuar na ESF. No decorrer da residência, os residentes eram modificados pelas situações vivenciadas e experienciadas no dia a dia da unidade, não somente em relação à técnica, mas na habilidade de se relacionar com o usuário.

Enquanto o residente era capacitado por meio de sua inserção na realidade do serviço, o modo de agir do trabalhador também era modificado. A constante convivência com o residente propiciou a reflexão da prática cotidiana, estimulando os trabalhadores a se mobilizarem e, junto com os residentes, a mudarem as práticas.

A participação da comunidade no processo de formação do residente foi pouco pontuada. A relação do residente com o usuário expressou-se na realização do cuidado no âmbito individual/coletivo e na presença desses nos conselhos locais. Entretanto, a mobilização popular para o compartilhamento dos objetivos e ações da RMSF não apareceu nos discursos dos trabalhadores. Essa situação dificulta o alcance das mudanças pretendidas com a residência.

Fica evidente a necessidade da parceria entre ensino, serviço e comunidade para que a proposta da residência se confirme como uma das possíveis estratégias de mudanças na formação. As mudanças não podem ser alcançadas isoladamente. Tal parceria possibilita a organização de um terreno favorável ao aumento da governabilidade dos processos de mudança e permite a visualização de limitações no modo tradicional de se enfrentar os problemas³⁴.

Assim, a RMSF é uma forma de operar o proposto na Política de EPS para a formação inacabada dos profissionais de saúde. O projeto político-pedagógico da RMSF coloca o Sistema Único de Saúde (SUS) como interlocutor na formação dos trabalhadores na busca de práticas condizentes com os princípios do sistema.

Colaboradores

Os autores Carolina Milena Domingos e Elisabete de Fatima Polo de Almeida Nunes participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Brígida Gimenez Carvalho participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Referências

1. Feuerwerker LCM. Orientação [Internet]. Mensagem para: alnunes.3@gmail.com. 17 fev. 2012 [acesso 2012 fev 20].
2. Almeida MJ, Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JB, Rezende LR, et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2):156-65.
3. Carvalho BG, Lima JVC, Baduy RS. Movimentos, encontros e desencontros da produção da Residência Multiprofissional de Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. p.229-50.
4. Feuerwerker LCM. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Construção das competências coletivas e avaliação* [Internet]. Brasília (DF): SGETES; 2008 [acesso 2009 Out 8]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/fnepas_competencias_coletivas.pdf
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde.* Brasília (DF): SGETES; 2006.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.* Brasília (DF): SGETES; 2005.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.* Brasília (DF): SGETES; 2005.
8. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.* São Paulo: Centauro; 2005.
9. Universidade Estadual de Londrina. *Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.* Londrina: UEL; 2009.
10. Peduzzi M, Sangaleti CT, Aguiar C, Souza GC, Silva GAM. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. *Proenf Gestao.* 2012; 1(3):9-39.
11. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* [Internet]. Brasília (DF): Unesco; 2002 [acesso 2011 Jul 18]. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=OCCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fmdajlemos.wordpress.com%2F2008%2F06%2F28%2Flivro-da-barbara-starfield-sobreaps%2F&ei=vsouTpT4KMPy0gGZY9HUAQ&usq=AFQjCNGONi76wgGrJEBkWmeFdnI-4bsP1Q&sig2=o0v5Wfx2h0dBosfihEG6vA>
12. Martins MIC, Dalpoz MR. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis.* 1998; 8(2):125-46.
13. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.* São Paulo: Hucitec; 2000. p. 1-236.

14. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
15. Fortuna CM. O Trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do dever e de singularidades [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
16. Fortuna CM, Mishima SM, Matsumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(2):262-8.
17. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko Campo R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
19. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):351-62.
20. Freire P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
21. Fonsêca GS, Junqueira SR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (campus capital): o olhar dos tutores. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2013 [acesso 2013 Dez 11]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014005030598&script=sci_arttext
22. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Silva AMR, Oliveira MSM, Nunes EFPA. *A Unidade Básica de Saúde e seu território: bases da Saúde Coletiva*. Londrina: EDUEL; 2001.
24. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 11-199.
25. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários no sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):427-38.
26. Freire P. Sobre Educação popular: entrevista com Paulo Freire. In: Torres M, organizador. *Educação popular: um encontro com Paulo Freire*. São Paulo: Edições Loyola; 2002. p. 67-109.
27. Vasconcellos C. Metodologia dialética em sala de aula. *Rev Educ AEC*. 1992; 21(83):28-55.
28. Roschke MAC. Educação permanente - compreensão: alguns conceitos e características essenciais. *Olho Mágico*. 2006; 13(3):32-5.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
30. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 12a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.

31. Biscarde DGS, Pereira SM, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):177-86.
32. Ceccim RB, Ferla AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco; 2003. p. 211-26.
33. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco; 2001. p. 113-27.
34. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):37-50.

Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades de la Residencia Multi-profesional en Salud de la Familia: la mirada del trabajador de la salud. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-32.

Para la consolidación de la propuesta de la Residencia Multi-profesional en Salud de la Familia (RMSF) resulta imprescindible la participación del profesional de la salud que actúa en el servicio. De tal forma, el objetivo de este estudio fue el de revelar la percepción del trabajador de la salud sobre las potencialidades de la inserción de la RMSF en las Unidades de Salud de la Familia (USF). Se trata de un estudio cualitativo, realizado con 25 trabajadores de las USF que cuentan con la RMSF. Los discursos revelaron que la actuación de los residentes en las USF tuvo gran fuerza para inducir cambios en el proceso de trabajo de las mismas y para la formación de profesionales capacitados a actuar en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Siendo así, la residencia contribuye para que la ESF pase a ser un dispositivo de cambio del modelo de asistencia a la salud y constituye una forma de operar lo propuesto en la Política de Educación Permanente en Salud (EPS).

Palabras clave: Salud de la familia. Recursos humanos en salud. Desarrollo de personal.

Recebido em 18/08/14. Aprovado em 04/02/15.

Avaliação externa no Ensino Superior na área da saúde: inquietações e a dimensão das margens

Simone Edi Chaves^(a)
Ricardo Burg Ceccim^(b)

Introdução

Este artigo trata da avaliação externa na Educação Superior no âmbito da graduação, uma jovem política pública de consideração da qualidade e regulação institucional da formação básica na universidade. A Educação Superior no Brasil vem acompanhada dos movimentos mundiais que interrogam as finalidades e os modos de avaliar, regular e supervisionar a formação profissional universitária; e leva em consideração as transformações econômicas, sociais e da globalização na transferência e tradução de conhecimentos e dos saberes tecnológicos do trabalho, assim como a mobilidade internacional de estudantes, cada vez mais estimulada pelo governo brasileiro, e de trabalhadores, pela conformação de blocos continentais, zonas internacionais de comércio, comunidades econômicas transnacionais etc. Organismos globais, continentais e intercontinentais; fundos de custeio e financiamento internacionais; bancos continentais e mundiais, agências de financiamento, de fomento e de cooperação internacional exigem padrões e parâmetros de intercâmbio, reconhecimento e convalidação, devendo haver instrumentos compartilháveis. De outra parte, responsabilidades públicas exigem parâmetros transparentes, isonômicos, equitativos e democráticos para salvaguardar interesses da cidadania. Sociedades desenvolvidas requerem instrumentos de acesso universal sobre desempenhos, sucessos e capacidades técnicas e intelectuais de suas instituições de ensino¹.

O tema da avaliação da qualidade e do desempenho institucional na Educação se universalizou, faz parte da demonstração de responsabilidade política das nações ou das agências e organismos de interferência internacional. Desejada pelas sociedades informadas ou pelas sociedades politizadas, a avaliação institucional do ensino subsidia a população na escolha de cursos e escolas, e favorece a regulação pública, no interesse e em favor da sociedade, assim como modelos e estratégias nos cenários da educação internacional. Tanto nas Américas como na Europa ou na Ásia, são propostas ações regulatórias com avaliação da Educação Superior, sejam elas embasadas em sistemas predominantemente quantitativos ou em sistemas que conjugam dimensões quantiquantitativas. O Brasil, desde as primeiras propostas de sistematização da avaliação da Educação Superior, em 1983, vem se utilizando de dimensões quanti

(a) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rua Manoel Luiz Gonzaga, 744, sala 317, Porto Alegre, RS, Brasil. 90470-280. scmachado@unisinos.br

(b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. burg.ceccim@ufrgs.br

ou qualitativas. Mais recentemente, a proposta de articulação entre as dimensões quanti e qualitativas registra movimentos que marcam a regulação da Educação Superior, de modo que fique evidente o momento histórico presente e a atual concepção de regulação da Educação Superior com a qual este artigo discute, em que pese uma ênfase deliberada na agenda da saúde¹.

O tema da avaliação da Educação Superior, até o início dos anos 1980, era pouco debatido no cenário nacional. Ganha destaque no período da redemocratização, pós-ditadura militar, quando as questões sobre a qualidade do ensino se confrontam com um sistema multiverso de gestão da educação: autonomia universitária; sistemas municipal, estadual e federal de ensino; presença expressiva das instituições privadas na Educação Superior e crescente escolarização da população. As propostas de avaliação, conforme indicação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, envolvem um histórico¹:

a) Programa de Avaliação da Reforma Universitária (Paru): de 1983, tratando basicamente dos aspectos da gestão e da produção/disseminação de conhecimentos, foi a primeira iniciativa de avaliação sistemática da educação universitária;

b) Grupo Executivo para a Reforma da Educação Superior (Geres): de 1985, utilizando uma concepção regulatória, sendo a avaliação o contraponto da autonomia das instituições de Ensino Superior;

c) Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras (Paiub): de 1993, tendo como princípio a adesão voluntária das instituições de Ensino Superior, estabelecendo, de um lado, a autoavaliação e, de outro, proporcionando o início de uma cultura de avaliação externa;

d) Exame Nacional de Cursos (ENC): implementado após a formulação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional², que conjuga: as condições socioeconômicas dos estudantes, sua opinião sobre as condições de ensino, a análise das condições de ensino, a avaliação das condições de oferta e a avaliação dos centros universitários;

e) Ordenamento das Instituições de Educação Superior: disposições do Decreto Federal nº 3.860, de 9 de julho de 2001³, sobre a organização do Ensino Superior, a avaliação de cursos e instituições, definindo itens a serem avaliados e correlacionando credenciamento com avaliação.

Frente aos desafios do debate sobre a avaliação da Educação Superior, demarcou-se a necessidade de criar uma proposta de *autorização e regulação* de cursos e instituições mediante *avaliação*. O Ministério da Educação (MEC) delegou, ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)⁽⁴⁾, a responsabilidade de organizar e executar a avaliação dos cursos de graduação e das instituições de Ensino Superior. O atual sistema de avaliação nasce dessa trajetória. Um Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) foi instituído pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, tendo por objetivo “assegurar um processo nacional de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico de seus estudantes”⁴ (p. 3).

Tendo como ponto de partida os pressupostos e dimensões do Sinaes, o sistema de ensino é submetido à avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Particularizam as áreas avaliadas: o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), relacionado aos conteúdos de aprendizagem de cada carreira profissional, e a Avaliação Externa, realizada *in loco* por docentes com currículo de ensino e pesquisa nas mesmas carreiras profissionais. Participam do Enade os estudantes ingressantes e aqueles concluintes de cada carreira submetida à avaliação, realizando uma prova com

⁽⁴⁾ O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), criado em 1937, reestruturado em 1995, como órgão de informações educacionais, atualmente, é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC), cuja missão é promover estudos, pesquisas e avaliações sobre o Sistema Educacional Brasileiro, com o objetivo de subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas para a área educacional a partir de parâmetros de qualidade e equidade, bem como produzir informações aos gestores, pesquisadores, educadores e público em geral⁵.

conhecimentos gerais e conhecimentos específicos. Já as avaliações *in loco* verificam as condições do ensino: organização didático-pedagógica, perfil do corpo docente e características das instalações físicas. A autoavaliação é um requisito obrigatório e de ação permanente; a avaliação externa tomará em consideração a autoavaliação, consultando seus documentos avaliativos e de intervenção, conversando com seus membros e constatando sua efetividade nas condições de ensino da respectiva instituição.

Propomos, neste texto, discutir, com vistas à mudança na saúde, questões da avaliação externa: a visita *in loco* da Comissão de Avaliação Externa, tendo em vista demarcar que se pode inquirir e constatar sobre o *visível*, mas resta intangível o *invisível*, aquilo que não se vê e que, entretanto, opera realidades ou, de alguma forma, gera propostas inovadoras no campo da formação e da saúde. Ao referirmos a mudança na saúde, estamos nos reportando ao projeto ético-político presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o campo da saúde e seus núcleos profissionais, e presente nas iniciativas públicas de reorientação da formação profissional em saúde, provenientes da Política Nacional de Saúde. Esse projeto ético-político implica “mudança”: mudança nos supostos das práticas de ensino e de saúde, mudança naquilo que é inercial às práticas, o seu “costuma ser”, “deve ser”, “assim é”. Uma mudança desse tipo se instaura por vazamentos, por linhas de fuga, por sutis fabulações portadoras de outras realidades (ou de estados inéditos).

A avaliação externa

As dimensões avaliativas à Comissão Própria de Avaliação (CPA) e à avaliação externa são as mesmas. Os membros da comissão própria são escolhidos entre seus pares em cada instituição ou pelos gestores acadêmicos, o que será apreciado pela Comissão de Avaliação Externa (*in loco*), esta composta por membros externos, selecionados de um banco nacional de avaliadores autoindicados, mas pertencentes à comunidade acadêmica e científica, segundo critérios formais de inscrição e seleção. O instrumento básico se distribui em três segmentos, sendo composto por indicadores qualitativos e quantitativos.

Dimensão 1: organização didático-pedagógica

A organização didático-pedagógica refere-se às orientações descritas no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), desde a forma da organização curricular até o modo como o curso estabelece conformidade com as políticas institucionais. Geralmente, a visita de uma comissão de avaliação designada pelo Inep causa temores: sobre aquilo que o outro verá, sobre o que deve ser mostrado, sobre o que as reuniões com dirigentes, com docentes e com discentes deixará ou fará ver. Daquilo que for visto, o que alimentará positivamente a apreciação dos avaliadores; o que desfavorecerá os esforços locais; o que representará relevante contradição entre informações documentais e o andar do cotidiano? Inspeção, verificação e vistoria. Ambientação nos espaços visíveis, pouso sobre as “formas” (o que está posto) e apreensão dos informes objetivos. Possibilidade objetiva ao julgamento e à comparação. Coleta de evidências. O justo. Entretanto, aquilo que, de certo modo, não está visível também é proposta de formação em saúde. E se os avaliadores ou os avaliados quiserem compartilhar informação sobre as linhas de fuga à biomedicalização e sobre os contrapontos ao mundo instituído da normatividade higienista/biorreducionista, dos saberes centrados em procedimentos-padrão (curativistas e de biovigilância), tentando perscrutar *inéditos* e buscar as disrupturas com o mundo moral, com a subjetividade serializada e com a captura dos estranhamentos?

Deleuze e Guattari⁶ ensinam que há sempre um escapamento da vontade micropolítica na luta por derrubar ou enfraquecer o que é determinado pela ordem, desde fora e de forma antecedente ou precedente ao mundo em composição atual, são suas “linhas de fuga”. A sociedade estabelece essas linhas para operar a transgressão de normas e ordens, para poder se ressingularizar. O que permite a sobrevivência institucional, porque – em maior ou menor medida – as normas e ordens são traduzidas, falsificadas, transcritas⁷. Extratextos operam realidades (“realizam” atualidades, traduzem os textos em viabilidades).

Aquilo que é invisível também é aquilo que deixa viva uma proposta de ensino, é aquilo que nela prolifera, ainda que, de algum modo, seja assistemático e não documentado ou não constatável por documentos, não podendo ser vistoriado ou inspecionado, nem definitivamente verificado. Dizem Deleuze e Guattari⁶ (p. 94) que,

[...] do ponto de vista da micropolítica, uma sociedade se define por suas linhas de fuga, que são moleculares. Sempre vaza ou foge alguma coisa, que escapa às organizações binárias, ao aparelho de ressonância, à máquina de sobrecodificação: aquilo que se atribui a uma “evolução dos costumes”, os jovens, as mulheres, os loucos [...].

Na grande maioria das vezes, os aspectos destacados no relatório tratam da proposta pedagógica, empregada de forma dinâmica pelo corpo docente, mas Kastrup⁸ nos diz que toda a aprendizagem começa com a invenção dos problemas e sugere um contraponto: *inventar* problemas não trata de um processo de *solução* de problemas. Nessa direção, a questão que tomamos como reflexão na dimensão da organização didático-pedagógica é: quanto as propostas pedagógicas descritas formalmente num projeto de curso destacam o efetivo ato pedagógico em si? A invenção, a transcrição, a ressingularização, a renormatização, processos vivos, que só ocorrem *in actu*, mas que correspondem ao que, efetivamente, se ensina e se aprende nas instituições, em cada uma, por isso mesmo, distintamente, distintivamente.

O ensino em saúde nos coloca diante de inúmeros desafios. Desafios de ensinar e aprender a “aprender” o outro e, ainda, aliançar-se com ele na conquista de criação de vida. O adoecimento, suas reações frente ao adoecimento e as fragilidades impostas pelo mundo da vida e do trabalho informam motes singulares à construção de potências de vida, únicas. Ao olharmos para a formalidade de um projeto de ensino, vemos o visível: são disciplinas formatadas e organizadas em semestres/ períodos/cargas-horárias/eixos-temáticos. Entretanto, quando nos dispomos a apreender o invisível, temos de olhar e sentir, olhar com os ouvidos, ouvir com os olhos. Difícil! Difícil de assim proceder, mas, mais difícil de assim dialogar, avaliar, narrar e devolver. Percebemos que a intimidade da instituição não pode ser o principal objeto da avaliação, somente o será numa eventual contratação socioanalítica, mas, nesse caso, algo bastante fora da avaliação externa (aliás, a palavra soa mais justa, agora: externa, donde um inescapável limite).

Uma avalanche de informações é despejada nos estudantes a fim de que eles possam, em um determinado tempo, adquirir determinadas competências e habilidades que os tornem profissionais – com um perfil generalista. Busca-se o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em todas as suas orientações; contudo, em qual momento, em qual disciplina, em qual rotina acadêmica permitimos que os estudantes expressem seus sentimentos como ao interpretar de maneira singular uma obra de arte? Como esperar que as tecnologias do cuidado levem em consideração o outro, se, nos anos de duração de um curso de graduação, não proporcionamos a vivência prática de múltiplas situações de cuidado? Geralmente, não possibilitamos que o estudante sinta e reflita sobre situações de cuidado, mas que tenha realizado uma quantidade “x” de “x” procedimentos.

Portanto, se queremos uma pedagogia problematizadora como eixo da organização didático-pedagógica, a ser informada pelos avaliados e reconhecida pelos avaliadores, conseguimos falar de uma problematização como estranhamento, contato com o inédito de nós, invenção de si? Ao submetermos um curso de graduação da área da saúde ao olhar externo, podemos supor que a avaliação do curso foi satisfatória e, até mesmo, atendeu aos pré-requisitos da política de Educação Superior quando determinados pré-requisitos foram vistos, analisados e quantificados. A vistoria, análise e quantificação expressam algo que foi *estudado* e *observado*? Estudou-se e observou-se a problematização? Estudou-se e observou-se se a proposta de ensino permite que o estudante tenha condições de experimentar possibilidades de conhecimento, estranhamento, reflexão sobre suas posições políticas frente ao mundo da saúde?

Dimensão 2: perfil do corpo docente

Os corpos docente, discente e técnico-administrativo referem-se aos atores vinculados à instituição que atuam diretamente no curso: professores, estudantes e pessoas de apoio à educação. Atualmente, os indicadores relativos à produção acadêmica são muito rígidos, e a exigência por publicação de artigos e textos em periódicos nacionais e internacionais com expressão na área de conhecimento é cada vez mais presente no ambiente universitário. Ouvimos de certo produtivismo acadêmico⁹, ou seja, daquilo que significa publicar, e quanto nos tornamos reféns desta necessidade, que, na grande maioria das vezes, está descontextualizada da formação de profissionais e conectada à formação de pesquisadores, localizando nichos de produção científica, ainda que defasados do que fazemos cotidianamente no ensino de graduação.

Também criou-se uma cultura, em muitos cursos, de ingresso em programas de pós-graduação *stricto sensu* logo após o encerramento da graduação, situação que torna essa questão um paradoxo. O rápido ingresso nos cursos de pós-graduação afasta os egressos do Ensino Superior: do mundo do trabalho, da prática do trabalho, da experimentação/vivência necessária à produção acadêmica embasada em problemas do cotidiano ou da vida prática, especialmente quando falamos da atenção à saúde. A precocidade da pesquisa ou a supervalorização da pesquisa pode distanciar o profissional de saúde do encontro dialógico com pessoas que demandam escuta, cuidado e tratamento, não apenas diagnósticos e prescrições.

Convém diferir “escrever” de pesquisar e relatar cientificamente resultados de pesquisa. Para Deleuze¹⁰, “escrever é um caso de devir”. Sugere o autor que é preciso mais do que vivenciar, experimentar, provar, para escrever. É preciso deixar que a fluidez da escrita venha dos processos de singularização. “Escrever não é certamente impor uma forma (de expressão) a uma matéria vivida”¹⁰ (p. 11). Portanto, como escrever sobre o devir-profissional se ainda não houve esse encontro?

Os esforços da expansão, consolidação e internacionalização da pós-graduação em saúde, no Brasil, registram a publicação científica como ‘fetiche’⁹. Na saúde, diferentemente das ciências humanas e sociais, mais conceituais e de elaboração de interpretações, ou das ciências básicas e exatas, mais vinculadas ao laboratório ou às descobertas tecnológicas, as profissões de saúde tendem mais a disciplinas práticas de superior conhecimento. As esferas do cuidado, do encontro cuidador; do tratamento, do encontro terapêutico; ou da escuta, do encontro acolhedor, requerem profissionais com perfil mais atencioso ou mais dedicado, que um técnico. Nesse sentido, ao pensarmos a constituição de um corpo docente, obrigatoriamente, pensamos em produção acadêmica, mas precisamos pensar em experiência profissional orientada aos usuários e aos problemas da clínica em cotidianos vivos e efervescentes. Não podemos entender como ‘problema’ quando um curso de graduação busca professores com formação específica nesses âmbitos. A relevância da pós-graduação para docentes universitários ou a produção científica em sua área de conhecimento, medida por produtos de divulgação, não exclui de qualidade a presença de docentes que se dedicam ao ensino de graduação, abrindo cenários e reinventando a docência a cada dia.

Professores envolvidos com um projeto de ensino, que reconheçam seu lugar coletivo, que estejam dispostos a reinventar e aprender a prática da sala de aula, podem, em grande parte, ser oriundos das experiências vividas no mundo do trabalho. Compartilhar experiências, abrir suas ansiedades e expectativas frente à docência são estratégias que *agenciam*. Falamos do devir-professor que se faz no ato da docência. Demarcada por indicadores formais da qualidade acadêmica, a avaliação precisará de uma comissão de avaliação *in loco* que considere: a formação ‘de profissionais’, a presença na sala de aula e nos cenários de aprendizado, a dedicação ao ensino e às aprendizagens vivas da atenção em saúde, em sua maior parte, ‘mensuráveis’ no invisível, não nos indicadores de produção científica. O professor da graduação não é o professor da pós-graduação, mesmo que um mesmo bom professor assim o possa ser em ambos os níveis.

Dimensão 3: instalações físicas/infraestrutura

A organização de um curso da área da saúde requer, necessariamente, o exercício da prática profissional. Como as próprias DCN indicam, a formação em saúde assume uma condição generalista, portanto, o exercício da prática profissional perpassa por várias áreas de atuação das profissões. A formação acadêmica, então, deve dar conta de subsidiar o estudante nesses conhecimentos, desenvolvendo competências e habilidades necessárias ao exercício da prática profissional e requeridas pelos órgãos de fiscalização do exercício profissional e empregadores. Proporcionar, ao estudante, o aprendizado de técnicas e procedimentos é fundamental, e exige-se das instituições acadêmicas que apresentem locais, equipamentos e materiais adequados às simulações das situações assistenciais. Entretanto, os laboratórios não se configuram como um espaço que poderíamos chamar de *laboratório da atenção integral*, que procura inserir o estudante na realidade do mundo do trabalho a partir dos usuários em território. O Ministério da Saúde tem empreendido esforços em tornar atraente, aos professores e estudantes, a presença intensiva na atenção ação de usuários, de práticas e de procedimentos, ao adestramento em habilidades, ao conhecimento de instrumentos e aparelhos, ou ao conhecimento do corpo humano. A entrada no laboratório é a referência para a instrumentalização profissional, a simulação do trabalho. Há uma expectativa tanto dos estudantes como dos docentes quanto a esse momento. A iniciação científica e a monitoria acadêmica seguem o mesmo roteiro, seduzindo imaginários para a ciência e o laboratório. Porém, a iniciação ao trabalho não é essa, devendo 'seduzir' o estudante ao mundo do trabalho na medida em que se avance no debate sobre o cuidado, o outro, as políticas, o contexto. Mesmo os laboratórios 'ensalados' na universidade poderiam estar orientados por situações de cuidado, situações que exigissem do estudante a 'invenção de si', a emergência de questões e, com isso, a exploração de condutas das menos às mais formalmente tecnológicas.

Alvarez e Passos¹¹, quando referem a pesquisa-intervenção, afirmam que o "conhecer e o fazer tornam-se inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo a suposição de um sujeito, de objetos cognoscentes prévios à relação que os liga" (p. 131). A transposição ao aprender é direta, onde entende-se que o aprender-conhecer é o atuar do conhecimento ou, mesmo, o atuar do conhecer¹².

Criar uma realidade de intervenção é criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas sobre o ser profissional, sobre o estilo de ser e tornar-se. Assim como acontece na proposta da pesquisa-intervenção, é preciso assumir politicamente uma posição, é preciso se expor, implicar-se. Numa aula prática de um curso de graduação é preciso, antes de aprender a executar uma técnica ou procedimento, assumir politicamente uma posição.

A incapacidade de perceber o invisível de uma proposta pedagógica gera desassossego ou incômodo, pois, ao mesmo tempo em que parece desafiador aprender a ver, parece frágil e superficial o desenvolvimento de instrumentos que permitam compartilhar, comparar e dialogar a respeito. Exigiria da Comissão Própria de Avaliação o desenvolvimento de recursos de autoavaliação e de compartilhamento com a Comissão de Avaliação Externa. Exigiria da Comissão de Avaliação Externa disposição a esta conversa e interesse em recompor os instrumentos de avaliação ao longo da experiência avaliativa. Os mais amplos e equipados laboratórios para a simulação da prática aos estudantes não dizem, em seu interior, da vida sensível.

Evidentemente, quando falamos e nos propomos a perceber e a sentir o

⁽¹¹⁾ O Ministério da Saúde fomenta programas: de reorientação da formação profissional (Pró-Saúde), de educação pelo trabalho na saúde (PET-Saúde), de vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e de residências integradas multiprofissionais em saúde (Pró-Residências), tendo em vista a ênfase na atuação em equipe multiprofissional, em território.

invisível, estamos desconfortáveis com o instituído, estamos disponíveis à geração de estados inéditos. Tendo como base Rolnik¹³, o visível (aquilo que se vê) “é uma relação entre um eu e várias outras unidades separáveis e independentes” (p. 245). Não é aí, mas no invisível, que se geram estados inéditos, onde há uma tessitura ontológica: inquietação e compromisso.

A emergência política da inquietação e compromisso

Ao analisarmos o confronto entre visível e invisível, a emergência de estados inéditos, concluímos que dimensões autoavaliativas e de avaliação externa ativam fluxos, movimentos de composição de realidades. Percebemos que, mesmo com toda a disposição para a novidade, não se avaliam, regulam e orientam os caminhos dos cursos de graduação para a possibilidade do inédito, da disruptura. Não se investem em propostas que tenham disposição ao inédito; busca-se o reajustamento, a reorientação, a inclusão de específicos objetos de aprendizagem. A aprendizagem institucional, entretanto, resultante de um projeto de ensino orientado pela mudança, ocorre com maior intensidade justamente nos fluxos, nos rompimentos, nas linhas de fuga. Essa presença precisa de apreensão pela avaliação externa, saber do que ocorre nas margens, nas fronteiras do que está posto para ‘o que virá’ ou ‘está em devir’. É neste instante que estamos plenos e vigorosos ao aprendizado. Guattari¹⁴ nos diria que dar passagem à singularização significa a ampliação dos coeficientes de potência. É, justamente, na resistência às formas dadas, no desconforto com a imposição de fronteiras e no incômodo com as limitações do possível, que encontramos os aparatos de combate.

Aquilo que propomos com este texto é valorizar a inquietação e o compromisso capazes de resistência e combate, capazes de invenção e ressingularização que ora professores, ora alunos, ora gestores revelam. A produção invisível de estados inéditos em um curso de graduação está em permitir, de maneira coletiva, a produção de subjetividade, que é a resistência individual potencializada numa relação coletiva. Para pensar essas questões, Guattari¹⁴ nos diria que tampouco devemos fazer “uma apologia à singularização, pois ela pode entrar em toda espécie de modalidade de sistemas de recuperação, de sistemas de modelização” (p. 130). Também os avaliadores embarcam em novas modelizações.

Estamos falando de uma educação que se reconheça no invisível, que compreende e assume as orientações reguladoras como uma referência que pressupõe autonomia, mas não empobrece a capacidade criativa e inventiva. Os sistemas avaliativos serem sensíveis a essa consideração ou estímulo é uma instância, mas o cotidiano é o território de sua instalação.

Conclusão

Se um projeto pedagógico de curso de graduação em saúde precisa estar adequado às diretrizes curriculares nacionais do ponto de vista da sua organização e no que diz respeito ao cumprimento dos indicadores necessários à avaliação externa, também, precisa ter uma proposta pedagógica que fomenta a mudança ou a diferença de si mesmo; de nada adiantam investimentos nas tecnologias e no desenvolvimento de docentes se não ocorre a inquietação permanente, a análise permanente de compromissos. Investimentos na formação docente são estratégicos quando entendemos que um curso de graduação se faz por meio da articulação de vários componentes curriculares e na transversalidade dos conteúdos.

A docência no ensino acadêmico ‘especializa’ os professores em determinadas áreas do conhecimento, certamente esta é uma necessidade para o aprofundamento teórico de que precisamos na graduação, porém, o entrelaçamento é necessário para que possamos garantir que uma proposta pedagógica tenha flexibilidade. Este artigo é uma reflexão, interroga o plano dos princípios e valores que antecedem ou sucedem processos avaliativos institucionais do ensino, especialmente, o momento *in loco*, uma vez que é justamente aí que está a ‘atuação’. Cientes de que não dispomos de instrumentos precisos sobre o ‘como’ ou ‘o quê’ avaliar, nem quais medidas e padrões usar, entendemos que é preciso ‘refletir sobre’ e ‘desejar’ uma avaliação que diga respeito àquilo que

fazemos passar com nossas práticas pedagógicas. Entendendo como necessários os sistemas avaliativos e na oportunidade em que incluem um momento *in loco* é que antevemos a possibilidade de contato com cotidianos vivos e desafiadores. O sistema de avaliação traz as dimensões de organização didático-pedagógica, corpo docente e infraestrutura, mas este texto buscou mostrar a força daquilo que está na 'dimensão das margens', dimensão não prevista no sistema de avaliação.

Nas 'margens' estariam os questionamentos com que docentes e estudantes podem se deparar. São múltiplas as possibilidades se assumimos a atenção integral como projeto comum da área, não de profissões independentes. Os processos de cuidado, tratamento e escuta pertencem às equipes de saúde, não a uma ou outra profissão; pertencem às medidas oferecidas pelos usuários e aos compromissos com a equidade e direitos humanos. O processo formativo é parte do processo de trabalho levado a efeito todo dia nos serviços de saúde. Um sistema de avaliação externa precisa do parâmetro dos serviços e do parâmetro dos usuários, assim como do parâmetro dos gestores do setor da saúde, potências do acesso à informação que não se esgotam nos documentos, títulos publicados, espaços físicos visitados, equipamentos e laboratórios constatados.

Quando confrontamos um curso com o olhar externo, com os indicadores de avaliação do Sinaes, fica evidente que os cursos buscam atender às orientações da política de regulação do ensino de graduação. Com isto, podemos perceber que um curso de graduação pode assumir suas referências singulares e atender às políticas nacionais de regulação do ensino de graduação. Aquilo que traduz a proposta de ensino de graduação se dá nas múltiplas constituições que se fazem no plano formal e no plano invisível. Há uma emergência no ensino em saúde que vai além do atendimento das políticas de educação e de saúde, é a transgressão dessas políticas quando a orientação é a do trabalho em equipe, da integralidade da atenção, da apropriação do Sistema Único de Saúde e a construção de sua resolutividade no máximo acesso e acolhimento da população. Esta é coragem de invenção de cotidianos ao ensino profissional da saúde e à avaliação das práticas pedagógicas em saúde.

A presente produção escrita pretendeu ser um percurso, uma tessitura de agonias ou de vulnerabilidades. O texto se confunde com os seus autores, mas teve, 'de fundo' ou 'no fundo', uma experimentação, a vivência de montar um curso e receber uma avaliação bem-sucedida¹⁵. Os autores têm produção de conhecimento e pesquisa que colhem suas inquietações, e o desafio de compromissos com a mudança, a invenção, a ressingularização permanente das práticas. Foram colhidos rastros em textos diversos do assunto em foco, deliberadamente em busca de desassossegos e 'intercessão', aqui deixados em errância para que leitores se sintam jogados às margens de si mesmos e de suas práticas, provocados à autoavaliação e capazes de promover avaliação externa. A abertura ao invisível, de intangível a factível, depende das perguntas que lançamos, dos coletivos que tecemos e das perspectivas que adotamos. A dimensão de margem é um desafio de pensamento e à ação.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: da concepção à regulamentação. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2011.
2. Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 Jul 2001.
3. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996.
4. Lei no 10.861, de 14 de abril de 2004. Cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Diário Oficial da União. 14 Abr 2004.
5. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. História do INEP [Internet]. 2011 [acesso 2015 Jun 16]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/institucional-historia>
6. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.
7. Nóbrega TM. Transcrição e hiperfidelidade. Cad Literat Trad. 2006; (7):249-55.
8. Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. In: Lins D, organizador. Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2001. p. 207-23.
9. Machado AMN, Bianchetti L. (Des)feticização do produtivismo acadêmico: desafios para o trabalhador-pesquisador. Rev Adm Empres. 2011; 51(3):244-54.
10. Deleuze G. Crítica e clínica. São Paulo: Editora 34; 1997.
11. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas ao método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 131-49.
12. Varela F. Neuro-phenomenology: a research program for the understanding of consciousness. In: Shear J, editor. Explaining consciousness: the hard problem of consciousness. Cambridge: MIT Press; 1977. p. 337-58.
13. Rolnik S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Cad Subj. 1993; 1(2):241-51.
14. Guattari F. As três ecologias. 9a ed. Campinas: Papirus; 1999.
15. Chaves SE. O ensino em saúde sob rodas em redes: cenários possíveis na educação superior na profissão do cuidado [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

Este é um artigo de reflexão, com abordagem no plano dos princípios e valores que antecedem ou sucedem processos avaliativos institucionais do ensino, tendo em vista a área da saúde. Tem por objetivo colocar em debate os processos de avaliação externa realizados nos cursos de graduação na área da saúde, uma vez que mobilizam os aspectos objetivos, mas, também, aqueles subjetivos, próprios do contato in loco, fundamental à apreensão daquilo que “realmente” está em curso na formação. Independente de que se possa indicar precisamente “como” ou “o quê” avaliar, quais medidas e padrões usar, é preciso “refletir sobre” e “desejar” uma avaliação que diga respeito àquilo que fazemos passar com nossas práticas pedagógicas. O texto busca mostrar a força daquilo que está na dimensão “das margens”, dimensão não prevista no sistema de avaliação.

Palavras-chave: Avaliação. Ensino Superior. Graduação em saúde. Ensino. Avaliação institucional.

Higher Education external evaluation in the health area: concerns and the size of margins

This is a reflective paper addressing the principles and values that precede or succeed evaluative processes at health-related educational institutions. It seeks to put the external evaluation processes conducted during undergraduate health-related programs up for debate. It addresses both objective and subjective issues relating to in-situ contact, which is fundamental to grasping what is “really” being taught. Independent of what can be indicated regarding precisely “how” or “what” to evaluate or which measures and standards to use, it is necessary to “reflect on” and “want” an evaluation that relates to what we are getting across through our pedagogical practices. This text sets out to show the strength that is in the dimension “of the margins”, a dimension that is not envisaged in the evaluation system.

Keywords: Evaluation. Higher education. Health-related undergraduate courses. Education. Institutional evaluation.

Evaluación externa en la Enseñanza Superior en el área de la salud: inquietudes y la dimensión de los márgenes

Este es un artículo de reflexión, con abordaje en el plano de los principios y valores que preceden o suceden a los procesos de evaluación institucionales de la enseñanza, llevando en consideración el área de la salud. Su objetivo es abrir el debate sobre los procesos de evaluación externa realizados en los cursos de graduación en el área de salud, puesto que movilizan los aspectos objetivos y también los subjetivos, propios del contacto in loco, fundamental para el entendimiento de lo que “realmente” se realiza en la formación. Independientemente de que se pueda indicar precisamente “cómo” o “el qué” evaluar, cuáles son las medidas o estándares que hay que utilizar, es necesario “reflexionar sobre” y “desejar” una evaluación que se refiera a lo que transmitimos con nuestras prácticas pedagógicas. El texto busca mostrar la fuerza de lo que está en la dimensión “de los márgenes”, dimensión no prevista en el sistema de evaluación.

Palabras clave: Evaluación. Enseñanza Superior. Graduación en salud. Enseñanza. Evaluación institucional.

Recebido em 12/09/14. Aprovado em 26/04/15.

Historia de la salud argentina y latinoamericana:

una experiencia innovadora en la carrera de Medicina

Laura Sacchetti^(a)
Marcela Beatriz Belardo^(b)

Introducción

En Argentina, la medicina es una de las profesiones que ha sufrido más cambios significativos en las últimas décadas de la mano de cambios tecnológicos, demográficos y epidemiológicos, del impacto de diferentes políticas sociales y sanitarias y de una expansión de las expectativas sociales. La tendencia predominante desde la Segunda Guerra Mundial fue la intensa especialización y sub-especialización que permitió expandir fuertemente la capacidad de resolución de patologías específicas. En forma coincidente con esta tendencia surgió también otra tendencia que procura recuperar la integralidad de la práctica médica que ha tenido una gran aceptación social en el pasado de la mano del médico de familia. Entonces la educación médica resulta interpelada por los cambios en las prácticas de los profesionales que dependen de cómo se redefinen década a década factores como: la morbilidad prevalente, la estructura y dinámica de las poblaciones, las condiciones ambientales, el surgimiento de nuevas tecnologías, los cambios en los regímenes jurídicos y en el sistema de valores. En este contexto, resulta válido reflexionar sobre las adecuaciones curriculares en los planes de estudios de las Carreras de Medicina que deben dar respuesta a desafíos como el incremento significativo de las enfermedades crónicas, las alteraciones generadas y generables por el cambio climático, el paulatino envejecimiento poblacional, la anticoncepción de emergencia, la nueva ley de tabaco o la de salud mental¹.

En base a los argumentos mencionados se crea en el 2011 el Departamento de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional de La Matanza^(c) (UNLAM) que incorpora a la ya existente Carrera de Enfermería las flamantes carreras de Nutrición, Kinesiología y Fisiatría y Medicina.

Este artículo tiene como objetivo relatar la experiencia de una asignatura electiva denominada *Historia de la salud argentina y latinoamericana*, que forma parte del currículo de la Carrera de Medicina que está constituido por un plan de estudio de carácter innovado e integrado.

La Carrera de Medicina ha sido diseñada en base a los principios de la innovación educativa y líneas pedagógicas que incorpora diversas herramientas de aprendizaje. Nos referimos a un modelo educativo centrado en el estudiante

^(a,b) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM). Florencio Varela 1903, B1754JEC. San Justo, Gran Buenos Aires, Argentina. 46168648. laura.sacchetti11@gmail.com; marcelabelardo@yahoo.com.ar

^(c) El municipio de La Matanza es el más extenso del conurbano bonaerense y el más poblado de toda la provincia de Buenos Aires, siendo el segundo municipio más poblado de la Argentina, sólo superado por la Ciudad de Buenos Aires. Según el último censo de 2010 cuenta con 1.775.000 habitantes. Su cabecera es la ciudad de San Justo donde se encuentra emplazada la Universidad Nacional de La Matanza.

con didácticas basadas en el análisis de problemas (ABP) o en casos (ABC), en trabajo en grupos pequeños, con experiencias pre-profesionales tempranas, orientado hacia la atención primaria de la salud, con escenarios de aprendizaje en Centros de Salud, en experiencias comunitarias, y en diferentes formas de integración del aprendizaje de los conocimientos básico, con los clínicos y los epidemiológico-comunitarios. Se diseñan experiencias de aprendizaje que resulten significativas y que promuevan una alta tasa de retención en el sistema educativo universitario.

En este currículo integrado se inserta la asignatura *Historia de la salud argentina y latinoamericana* que tiene entre sus objetivos invertir la mirada de historia de la medicina, reemplazándola por “la salud en la historia”, que favorece un encuadre de la problemática de la salud y de la medicina situada en distintos contextos; intenta comprender los cambios estructurales a partir de conceptos como larga duración y la desnaturalización de los hechos históricos, sus continuidades y rupturas; revisa la genealogía y construcción de situaciones de violencia en el campo de la salud e intencionalmente desaloja las visiones euro-céntricas de la historia sin dejar de reconocer y conectar fenómenos de alcance o repercusión mundial.

La salud en la historia

El marco teórico de la materia implica un desplazamiento conceptual y metodológico de las perspectivas clásicas cambiando el abordaje tradicional de la historia de la medicina para producir un descentramiento que permite comprender a la salud en la historia, ofreciendo miradas complementarias capaces de articular diversos niveles de la totalidad social. Ubicadas en un nuevo campo de estudios que intenta renovar la tradicional historia de la medicina nos sumamos a esas corrientes que Diego Armus² ha clasificado en *nueva historia de la medicina*, *historia de la salud pública* e *historia socio-cultural de la enfermedad*. De esta vasta producción compuesta mayoritariamente por trabajos empíricos retomamos los aportes de la nueva historia de la medicina que destaca los inciertos desarrollos del conocimiento médico y dialoga con la historia de la ciencia, narrativa que se esfuerza por tensionar la historia natural de la enfermedad y algunas dimensiones de su impacto social³⁻⁵. De la historia de la salud pública rescatamos la mirada hacia el poder, la política y el Estado^{6,7}. Los diferentes paradigmas que dominaron el pensamiento epidemiológico⁸ nos brindan la posibilidad de analizar cómo la epidemiología articula las diferentes dimensiones en que se puede desagregar la realidad y a partir de allí las propuestas de intervención sanitaria⁹⁻¹⁷.

No se trata de un objetivo menor, ya que lejos de aislar y sobredimensionar el objeto buscamos reflexionar sobre el mismo identificando los determinantes, las marcas y las huellas que han forjado la problemática de la salud. Desde el nombre de la materia nos propusimos centrar sus objetivos y contenidos en las ideas y prácticas que caracterizan la historia de la salud en la región latinoamericana y en nuestro país. Como tantas otras disciplinas, ésta requiere un proceso de “descolonización” para dejar de considerarla mera réplica del desarrollo sanitario europeo. Integrados en el contexto internacional como colonias en la modernidad clásica y como Estados con distintos grados de dependencia en la época contemporánea es necesario analizar esos condicionamientos en la producción y circulación de saberes y prácticas médicas, en íntima relación con la política, la economía y la cultura de la época.

En el diseño del plan de estudios de la asignatura adoptamos el concepto de *escena* porque nos permite, como en una obra de teatro, iluminar e intensificar nuestra mirada en determinados momentos y lugares. A lo largo de doce escenas recorreremos un itinerario que se inicia con el trauma de la conquista, centrándose en el impacto que produjo la puesta en contacto de dos mundos: intercambio violento por la guerra, las epidemias y la esclavitud. Prestamos especial atención a los testimonios que provienen de la historia cultural y nos ponen en contacto con la carga emotiva de sus protagonistas: producciones de testigos directos de las epidemias, memorias del tráfico de esclavos, dibujos, grabados y pinturas que apuntan a configurar una visión sensible hacia los procesos analizados. Es aquí donde el análisis del discurso se torna una herramienta eficaz: a partir de la construcción de un marco enunciativo los estudiantes interrogan a las fuentes acerca de sus

productores, destinatarios, intencionalidades, en búsqueda de los posibles sentidos que generaron.

En una segunda escena nos ocupamos de las hibridaciones y tensiones entre los saberes médicos durante los siglos XVII y XVIII. Es sobre el final del período que se ubican los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina, con la creación del Protomedicato, que además de regular el ejercicio de la medicina, velar por la higiene pública y la policía médica, tenía a su cargo la dirección de los estudios médicos. Contemporáneamente a la época del Protomedicato llega a estas tierras la variolización^(d) a través de su estudio abordamos el tema de la salud de los indios de la pampa argentina, la relación existente entre distintas alianzas políticas y la aplicación de la inmunización, así como los ideogramas que culpabilizaban a los supuestos transmisores, ante la falta de explicaciones ciertas, se construye una otredad peligrosa y se justifican las acciones en su contra.

^(d) La variolización fue una técnica de profilaxis que se aplicaba antes de la invención de la vacuna. Dicha técnica consistía en hacer una incisión de la piel de la persona y colocarle el polvo de las costras de viruela, luego se cerraba la incisión y se aislaba a las personas de las demás hasta que la enfermedad atacara de manera leve, hasta lograr su recuperación.

La tercera escena nos ubica en la época de la independencia y la construcción de las repúblicas independientes. Abordamos el fin de los hospitales religiosos y la aparición del laicismo y la filantropía, para el caso de Argentina, lo hacemos a través de la Sociedad de Beneficencia. Esta escena nos permite enmarcar los acontecimientos locales y regionales en un referente universal, el avance de una cultura laica que construye una ética racional y la secularización de los Estados.

La aparición de la biopolítica como parte constitutiva de los Estados modernos está asociada con el control de las epidemias, siendo la fiebre amarilla una presencia paradigmática en América Latina, que se relaciona con medidas de índole económica y geopolítica: antiguas prácticas como las cuarentenas y el aislamiento resultan conflictivas en tiempos de un activo intercambio comercial internacional. Es a partir de un control más efectivo que se impulsa el surgimiento del panamericanismo en salud. Este es el contexto en que se desata una intensa polémica a nivel de los debates científicos entre las teorías contagionistas y las miasmáticas. La epidemia de 1871 en Buenos Aires marcó un quiebre histórico en la ciudad que pasó de Gran Aldea a capital moderna en un breve lapso. A partir de entonces el sanitarismo sería una bandera que se levantaría para adoptar medidas de vigilancia y control de los elementos considerados peligrosos: hubo relocalización de pobres e inmigrantes y, ante la falta de explicaciones científicas los prejuicios apuntaron a señalar culpables a los grupos más débiles de la sociedad.

Continuando con el análisis de las transformaciones de las ciudades americanas, nos ubicamos en la transición del siglo XIX al XX analizando el higienismo y su papel en el orden urbano. El saber médico se convirtió en el modelo epistemológico hegemónico que rápidamente excedió el mundo de la enfermedad y se ofreció como pertinente para producir conocimientos acerca de la sociedad. En esta escena analizamos el caso de la Revolta da Vacina en la ciudad de Río de Janeiro. Simultáneamente surge una nueva ciencia: la microbiología, que transferirá progresivamente un poder hasta entonces desconocido a los médicos que reemplazarán a los ingenieros sanitarios no sólo en el campo científico sino en el más amplio campo de las reformas sociales. Con todos estos elementos los Estados logran el refinamiento de los mecanismos de observación continua –panoptista- en nombre del interés general, usando la fuerza pública, corriendo los límites entre lo público y lo privado, hasta arrinconar los derechos individuales, especialmente de los sectores más vulnerables.

Al ingresar en el análisis del siglo XX el escenario elegido es la medicina tropical, medicina ligada a la estructura económica a través de las enfermedades debilitantes y sus consecuencias en la caída de la productividad. El concepto de enfermedad que afecta la productividad se suma a la ideología del darwinismo social, a la intervención de la Comisión Sanitaria Rockefeller y a la puesta en

práctica de activas campañas de erradicación en las zonas productoras de algodón, café, caucho – bienes primarios que enlazaban las economías regionales al mercado internacional. Analizamos las áreas afectadas por anquilostomiasis y paludismo ya que durante la primera mitad del siglo se centraron los esfuerzos en restaurar la capacidad laboral de los trabajadores agrícolas, de acuerdo a la demanda de la división internacional del trabajo.

La escena siguiente remite al surgimiento de los Ministerios de Salud en distintos países de la región. Partiendo de un diagnóstico de la situación sanitaria a nivel nacional, se incorpora la planificación bajo el ministerio de Ramón Carrillo en Argentina. Los logros de su política sanitaria se analizan dentro del contexto de la política social del período. Retomamos la escena latinoamericana con la inclusión de la Revolución Cubana y su impacto en el campo de la salud, la instalación de un sistema nacional de salud único regido por el Estado. En este punto incluimos las prácticas relacionadas con la medicina natural y tradicional en la Cuba contemporánea. Consideramos el surgimiento de la Alianza para el Progreso, la adopción de políticas de planificación como estrategias diseñadas para neutralizar los efectos y la expansión del modelo cubano.

Concluimos este recorrido por la historia de la salud local y regional con una revisión de la década del 70', las frágiles democracias y las dictaduras latinoamericanas, centrándonos en las consecuencias en la salud y los derechos humanos. El análisis del sistema actual de salud argentino constituye un intento genealógico por encontrar hechos y momentos que ayuden a develar la urdimbre no visible de su tejido, un sistema totalmente fragmentado y la persistencia de excluidos sociales constituyen una característica que reclama un nuevo mapa de actores comprometidos con la salud de nuestra población.

El arte como recurso pedagógico

En la sección anterior hicimos mención al concepto de *escena* que definimos como dispositivo por el cual nos permite intensificar la visión y el análisis de determinados momentos y espacios seleccionados en función de lo que aportan a la comprensión del origen de las estructuras en el campo de la salud. Buscamos que el análisis genealógico de las mismas contribuya a romper cierta idea de inmutabilidad del presente. Por otra parte, la selección de escenas evita caer en narraciones enciclopédicas que si bien aportan gran cantidad de información, no favorecen la reflexión más profunda. Y en términos metodológicos y pedagógicos las escenas permiten cierta flexibilidad en el programa toda vez que podemos incorporar y/o quitar temas específicos de los problemas de salud-enfermedad-atención reemplazándolos por otros que correspondan a la misma unidad conceptual histórica, haciendo un programa más dinámico y menos estructurado.

Nos interesa promover en los estudiantes un contrato de lectura sensible a las palabras tanto como a las imágenes, a los topoi y a los micro relatos que dan cuerpo a las ideas. Completamos el marco teórico incorporando elementos provenientes del análisis del discurso, conjunto de herramientas que ayudan a comprender los procesos de producción de sentido.

Las fuentes, los testimonios, los registros que utilizamos son heterogéneos: documentos, fuentes literarias, obras plásticas, pinturas, películas y documentales; ya que buscamos reconstruir la historia a través de una intertextualidad, de una polifonía que surge de préstamos recíprocos e hibridaciones. Las formas actuales de investigación histórica ampliaron considerablemente el material a revisar: cada vez más frecuentemente se están utilizando distintos documentos entre los cuales, junto a los textos literarios y los testimonios orales, se incluyen las imágenes. Buscamos una participación de las imágenes que sea enriquecedora para la comprensión de la historia. No se trata de ilustraciones que traduzcan a través de lo visible el discurso escrito. Las imágenes constituyen un lenguaje polisémico, no son reflejo mimético de una determinada realidad ni creación autónoma y descontextualizada; ellas ocupan un lugar propio entre ambos extremos. Las imágenes no dan acceso al mundo social concreto sino a las visiones de ese mundo propias de una época: con su inclusión confiamos en que el testimonio que aportan se enriquezca al ser situadas en una serie de contextos: político, científico, regional e internacional.

Al incluir imágenes buscamos cuestionar los relatos instituidos al tiempo que proponemos un gesto liberador de miradas. Esperamos que los estudiantes puedan ensayar otras relaciones y, a partir de ellas, activar otras dimensiones de la historia. Al decir de Wechsler¹⁸ el que mira construye significados y elabora narraciones. Es allí donde se ponen en acción la mirada y las asociaciones, donde se construyen vectores nuevos, se activa la posibilidad de variadas reescrituras, se iluminan diversas historias.

Buscamos generar espacios de pensamiento. Pero ¿qué se entiende por pensar? Justamente, el pensar está ligado a la capacidad de transitar otros caminos, saltar los bordes, establecer otras redes no previstas dentro del canon, abriendo paso a las imágenes, con diversas miradas, que sean capaces, a su vez, de abrir otros cuestionamientos¹⁹. Pensar con imágenes supone utilizar el capital de saberes que provienen de las competencias propias de cada uno al tiempo que incorporar de manera creativa los conocimientos nuevos, para atravesar la superficie de las imágenes, ponerlas en diálogo, establecer fricciones entre ellas. Fricciones que, lejos de anular posibilidades, han de quedar expuestas, así como los silencios, las ausencias, las marcas que ellas portan.

A modo de ejemplo de trabajo con imágenes en el espacio áulico, incorporamos una de las imágenes trabajadas durante el dictado de la materia. Se trata de un dibujo perteneciente a la publicación Puck, de 1883 (Figura 1).

En él se observa la proa de una embarcación con bandera que podemos identificar con la de Inglaterra, a bordo de la cual avanza un personaje extraño, representación alegórica de la muerte con fuertes marcas de exotismo en su vestimenta: gorro, babuchas y chaleco de aspecto oriental. Viene armada con una guadaña. La nave se aproxima a tierra, donde la espera una multitud armada con palos y por detrás llegamos a divisar una Bateria Desinfectante, que en lugar de cañones dispone de una hilera de botellas que apuntan a la costa. Al fondo, el perfil de la ciudad.

En la parte inferior, conectando los dos espacios, un bote con la inscripción Consejo de Salud, con quienes deben ser sus funcionarios, apuntan una botella de ácido carbólico, un desinfectante, intentando detener la llegada del cólera.



Figura 1. The kind of 'assisted emigrant' we cannot afford to admit.

Fuente: Disponível em: <http://www.pbs.org/wgbh/nova/body/short-history-of-quarantine.html>. Acesso: 21 abril 2013.

Esta imagen nos permite relacionar su significado visible con la vivencia ante las epidemias, verdadero flagelo del mundo moderno. La primera evidencia confiable del cólera se tuvo a partir de 1503 con el inicio del comercio marítimo entre continentes por europeos que iban a la conquista del mundo. Las pandemias fueron así favorecidas por la comunicación marítima, y se originaron en su mayoría en Goa y Bengala, que eran provincias frecuentemente visitadas por comerciantes y aventureros de entonces. De principios del siglo XIX hasta 1991 se suscitaron 7 pandemias de cólera, que partieron todas ellas desde el lejano Oriente, en su mayoría del subcontinente indio, especialmente desde la región de Bengala, hoy representada por la provincia india de Calcuta y la República de Bangladesh. Precisamente la quinta pandemia (entre 1881 y 1896) atacó a New York.

“No podemos permitirnos la admisión de migrantes protegidos”. Es el epígrafe de este dibujo. A partir de lo visible desarrollamos las pautas que se propusieron para el tratamiento político y sanitario: la creación de una administración sanitaria nacional que controlara las cuarentenas, supervisara el comercio, asesorara a las autoridades municipales y estatales, ante cualquier amenaza para la salud pública.

Decidimos incluir esta imagen porque es una de las imágenes que más han impactado a los estudiantes de los cuatro cursos que hemos dictado hasta el momento de la redacción de ésta experiencia docente. A través de los elementos compositivos de la imagen logramos transmitir el carácter desigual de la lucha contra el mal, la debilidad de los dispositivos de la época, elementos que nos resultaron potentes para mostrar la relación entre comercio internacional y enfermedades epidémicas, comprender lo complejo de las medidas que buscaban disminuir los efectos negativos sin perjudicar la continuidad del capitalismo más allá de las fronteras.

La asignatura fue inaugurada en el curso de verano de 2012, un curso intensivo que se desarrolla durante los meses de febrero y marzo con dos clases semanales de 4 horas cada una. Una segunda versión del curso se dictó en el segundo semestre de ese mismo año con una clase semanal de 3 horas. La asignatura *Historia de la Salud* tiene carácter de electiva. Los estudiantes deben cursar dos materias electivas antes de finalizar los tres primeros años de la carrera de Medicina. En cada curso fue aumentando la cantidad de inscriptos en la asignatura promediando unos 35 estudiantes por curso.

El plantel docente está conformado por una historiadora y especialista en artes visuales, una científica política especializada en salud colectiva becaria posdoctoral Conicet y dos estudiantes que se incorporaron al equipo docente a partir de su interés en la disciplina.

La modalidad de las clases tiene un carácter estructurado. Al finalizar cada clase se realiza una evaluación a fin de realizar los ajustes necesarios en pos de motorizar el aprendizaje individual y colectivo, la reflexión y autorreflexión en los estudiantes. Durante la primera hora de clase los docentes realizan una exposición del tema del día. La exposición se realiza con la proyección de diapositivas que frecuentemente contienen imágenes (dibujos, caricaturas, pinturas, grabados, códigos o fotografías), fragmentos de obras literarias o canciones, documentales o fragmentos de películas, recortes y/o publicidades de la prensa escrita de época y mapas antiguos y contemporáneos. El resto de las horas se destina a trabajar individualmente o en grupos a partir de consignas pautadas que relacionen los conceptos teóricos e históricos con las diferentes fuentes para reconstruir la historia de la salud a través de una intertextualidad.

Durante el transcurso de la cursada realizamos salidas educativas a sitios que fueron seleccionados en función de las *escenas* del programa de la materia. La primera visita fue al *Palacio de las Aguas Corrientes* construido a fines del siglo XIX debido a las masivas epidemias de cólera, tifoidea y fiebre amarilla que asolaban a la ciudad de Buenos Aires. La segunda visita fue al *Hotel de los Inmigrantes*, albergue construido para recibir la gran cantidad de inmigrantes llegados a nuestro país, construido a principios del siglo XX con una arquitectura de tipo higienista. Esta visita nos permitió conocer las historias de vida de los inmigrantes, los requerimientos de salud que exigía el país, la salubridad de los puertos y embarcaciones y la salud en los denominados “conventillos” lugares de residencia de los inmigrantes. La *Isla Martín García* ubicada en el Río de la Plata fue otra de nuestras visitas. Un lugar con una extensa y densa historia en la que se encuentra un famoso presidio que fue destinado principalmente a presos políticos y que además fuera destino de prisioneros indígenas durante la etapa del avance militar del Estado-nación en la conquista del territorio. También visitamos el lazareto

que funcionó entre 1870 y 1920. El cuarto curso visitó el *Zanjón de Granados* un emprendimiento arqueológico urbano de carácter privado. Su dueño restauró sus laberintos subterráneos que poseen más de cuatro siglos de historia de la ciudad. En este lugar pudimos apreciar una casona aristocrática de mitad del siglo XIX que al ser abandonada por la epidemia de fiebre amarilla de 1871 fue reconvertida en “conventillo” de inmigrantes.

En resumen la cátedra busca colocar un marco referencial que sitúe a la historia en la salud desde un lugar más dinámico y crítico a través de esta propuesta pedagógica.

Evaluación

Al llegar a las instancias evaluativas tenemos presente la inserción de la asignatura en una carrera con bases en la innovación pedagógica, y pretendemos sumarnos con una propuesta acorde a sus propósitos y objetivos. En tal sentido somos conscientes de buscar en las aulas universitarias una profundización de la democracia, una estrategia de inclusión de los sectores sociales marginados, una apertura para el control social de la ciencia, una democratización del saber y una transferencia de tecnología a la comunidad, en resumen, una universalidad con identidad²⁰.

Hay un legado deficiente en relación a la capacidad de conceptualización, problema que pareciera diseñado para fomentar la fragmentación de la vida intelectual y su aislamiento de los intereses de la sociedad. Este fenómeno se repite en los procesos educativos en donde la mayoría de los desarrollos innovados no se han visto acompañados por cambios en los procesos de evaluación, lo que instala un mensaje confuso que termina perjudicando el proceso en su conjunto.

La evaluación no debería ser un proceso que por afán de objetividad termine recortando sus objetos para hacerlos entrar en el mundo de lo objetivo produciendo información fragmentada, irrelevante y sin aportar juicios de valor.

En base a estos criterios proponemos generar instrumentos de evaluación que sean útiles: planteando las cuestiones de mayor importancia que tengan relación con la formación integral que les aporta el currículo de la Carrera de Medicina. En la puesta en práctica de la asignatura implementamos dos instancias de evaluación de tipo domiciliario, con consignas que requieren el uso de la bibliografía obligatoria, la búsqueda de imágenes y la de otras fuentes documentales, en ambos casos requiriendo un análisis crítico y personal de los elementos seleccionados, consignando correctamente todas las referencias del material utilizado según las guías para realizar citas bibliográficas y la elaboración de conclusiones fundadas relacionando los temas seleccionados con otras asignaturas de la carrera.

En el primer examen la consigna requiere elegir un actor social a partir del cual se proponga un recorrido por las escenas del programa; en el segundo examen proponemos establecer, de acuerdo a la valoración personal, las problemáticas más relevantes para comprender la historia de la salud desde fines del siglo XIX hasta la época contemporánea en Argentina y Latinoamérica.

Las evaluaciones no se remiten solamente a las instancias formales descritas sino que pretendemos realizar evaluaciones formativas a lo largo del proceso de aprendizaje. Este tipo de evaluaciones con modalidad de trabajos prácticos individuales o grupales, permiten que los estudiantes vayan entrenando distintas habilidades que requerimos como objetivos también a alcanzar en esta asignatura. Por ello implementamos una serie de actividades como la elaboración de breves informes, como en el caso de las visitas a sitios históricos, la redacción de monografías, la resolución de guía de preguntas y la exposición oral de determinados temas utilizando una modalidad similar a la implementada en las clases teóricas.

Habiendo evaluado cuatro cursos de estudiantes podemos realizar una observación generalizada y es la falta de práctica en la resolución de este tipo de evaluaciones, que requiere un análisis crítico y personal alejándose de la repetición textual carente de un hilo conductor argumentativo. A pesar que los estudiantes han manifestado a través de encuestas y reflexiones en el aula que han aprendido a integrar los contenidos y la utilización de diversas fuentes, seguimos advirtiendo dificultades como la falta de precisión en la consulta y el registro bibliográfico, a partir de lo que estamos trabajando conjuntamente con la coordinación y la comisión de evaluación de la Carrera para reforzar en el resto

de las asignaturas este punto débil. Es decir, realizamos una evaluación del tipo formativa que no pretende se inicie y termine en esta asignatura sino que se articule con el resto de los espacios de aprendizaje.

Consideraciones finales

En estas líneas nuestra intención fue relatar una experiencia docente universitaria en la carrera de medicina de la UNLAM, que pretende un enfoque innovador en la formación de médicos. Dando recién los primeros pasos de un equipo de docentes provenientes de diferentes disciplinas abocadas a la investigación en el campo de la salud, el equipo docente de la asignatura Historia de la salud argentina y latinoamericana realiza esta primera evaluación en esta reciente experiencia pedagógica con la intención de compartir esta experiencia y debatir con otros colegas interesados en estas temáticas y/o modos de abordaje similares.

Como parte de un currículo integrado la asignatura Historia de la salud argentina y latinoamericana pretende aportar un enfoque diferente donde la problemática de la salud y de la medicina puedan ser abordadas en distintos contextos históricos propios de la región latinoamericana, descentrándonos de las visiones euro-céntricas aunque sin dejar de reconocer y conectar dichos fenómenos e incluyendo fuentes diversas como testimonios, documentos, fuentes literarias, obras plásticas, pinturas, películas y documentales que nos permita abordar los procesos de salud-enfermedad-atención en la historia a través de las visiones propias de esa época.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referencias

1. Rovere MR. La educación médica en revisión. *Rev Argent Med.* 2014; 3(2):25-6.
2. Armus D. Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
3. Fernandes TM. Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
4. Coutinho M. Ninety years of Chagas' disease: a success story in the periphery. *Soc Stud Sci.* 1999; 29(4):519-49.
5. Stepan N. Beginnings of Brazilian science: Oswaldo Cruz, medical research and policy, 1890-1920. New York: Science History Publications; 1976.
6. Nunes ED. Sobre a história de saúde pública: ideais e autores. *Cienc Saude Colet.* 2000; 2(5):251-64.

7. Belmartino S, Bloch C, Carnino M, Persello M. Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina, 1940-1960. Buenos Aires: OPS, OMS; 1991.
8. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*. 1996; 86(5):674-7.
9. Urquía ML. Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Buenos Aires: Ediciones de la Unla; 2006.
10. Ayres JR. Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
11. Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
12. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(4):865-84.
13. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. En: Nogueira RP, organizador. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 13-38. (Coleção Pensar em Saúde)
14. Breilh J, Granda E. Os novos rumos da epidemiologia. En: Nunes E. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS; 1985. p. 241-53.
15. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2013; 31(1):13-27.
16. Nogueira RP. *Determinação social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
17. Nogueira RP. Determinante, determinação e determinismos sociais. *Saude Debate*. 2009; 33(83):397-406.
18. Wachsler DB. *Pensar con imágenes: un ejercicio curatorial con la colección del Banco Ciudad*. Buenos Aires: Fundación OSDE; 2012.
19. Kaufmann T. *Arte y conocimiento: rudimentos para una perspectiva descolonial* [Internet]. Instituto europeo para políticas culturales. 2011 [acceso 2014 Jul 1]. Disponible en: eipcp.net/transversal/0311/kaufmann/es
20. Rovere MR. La evaluación como proceso institucional: de la planificación estratégica a la evaluación y a la decisión. En: *Seminario Taller Evaluación y Acreditación*; 1996; Buenos Aires. Buenos Aires: CEUB, OUI, CIDES, UMSA; 1996.

El artículo relata una experiencia de docencia universitaria en la recientemente creada Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza. Se trata de la asignatura Historia de la salud argentina y latinoamericana que se inscribe en un currículo que pretende un enfoque innovador en la formación de médicos. Se propone un desplazamiento conceptual y metodológico de las perspectivas clásicas de "historia de la medicina" a uno que nos permita comprender a la "salud en la historia" con eje en la región latinoamericana. Las fuentes que utilizamos son heterogéneas: documentos, fuentes literarias, esculturas, pinturas, grabados, películas y documentales ya que buscamos reconstruir la historia de la salud a través de una intertextualidad. Se realiza esta primera evaluación pedagógica con la intención de compartir esta experiencia y debatir con otros colegas interesados en temáticas y modos de abordaje semejantes.

Palabras clave: Historia de la salud. Experiencia pedagógica. Carrera de medicina. Arte.

História da saúde argentina e latino-americana: uma experiência inovadora na carreira de Medicina

O artigo relata uma experiência docente universitária na recém-criada carreira de Medicina da Universidade Nacional de La Matanza. O curso de História da Saúde Argentina e Latino-americana é parte de um currículo que busca uma abordagem inovadora para a formação de médicos. O curso oferece uma mudança conceitual e metodológica a partir de perspectivas clássicas da "história da medicina" em uma abordagem que nos permite compreender a "história da saúde", com eixo na América Latina. As fontes utilizadas no curso são variadas: documentos, fontes literárias, esculturas, quadros, filmes e documentários que buscam reconstruir a história da saúde por meio de uma intertextualidade. Esta primeira avaliação educacional é feita com a intenção de compartilhar esta experiência e discutir com outros colegas interessados em temas e formas de abordagem semelhantes.

Palavras-chave: História da saúde. Experiência docente. Carreira médica. Arte.

History of healthcare in Argentina and Latin America: an innovative experience in the medical course

This paper reports on an experience of university teaching in the newly created medical course at the National University of La Matanza. Classes on the history of healthcare in Argentina and Latin America form part of a curriculum that seeks an innovative approach towards the training of physicians. It provides a conceptual and methodological shift from classical perspectives of the "history of medicine" to an approach that makes it possible to understand the "history of healthcare" with a focus on Latin America. The sources used in class are varied: documents, literary sources, sculptures, paintings, films and documentaries. From these, it is sought to reconstruct the history of healthcare through intertextuality. This first educational evaluation has been conducted with the intention of sharing this experience and discussing it with other colleagues who are interested in similar topics and approaches.

Keywords: History of healthcare. Teaching experience. Medical course. Art.

Recebido em 05/11/14. Aprovado em 22/05/12.

Las necesidades sociales como eje de la formación médica

Jaime Arturo Gómez Correa^(a)

Liliana Villa Vélez^(b)

Miglana Kambourova^(c)

Introducción

Antecedentes curriculares

El currículo tradicional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se reformó en 2000 considerando los cambios para la época en la pedagogía y la educación médica a nivel nacional e internacional. Son sus principios pedagógicos: la formación integral y la investigación formativa; los curriculares: la flexibilidad, la interdisciplinariedad y la pertinencia; los didácticos: la solución de problemas, el paradigma cognitivo y las didácticas activas¹. Para valorar la puesta en práctica del currículo se realizó una investigación entre 2009 y 2012; los resultados demostraron que sí bien se ha logrado avanzar en la materialización de los principios fundamentales aún hay muchos aspectos por mejorar, algunos de los cuales se describen a continuación.

Persiste la separación entre básicas y clínicas, situación que se expresa igualmente en la división entre teoría y práctica; no se avanzó en la creación de nuevos entornos de aprendizaje como los espacios en donde la gente desarrolla su vida (familia, barrios) lo que afecta la pertinencia, y por el contrario se profundizó la enseñanza en hospitales de alta complejidad, siguiendo la inercia del modelo de salud prevalente en el país.

Aunque se avanzó en procesos de aprendizajes activos, se acepta que falta por desarrollar “la autonomía a partir de espacios educativos democráticos para adquirir, cuestionar y aplicar el conocimiento como una respuesta a las necesidades académicas y sociales”² (p. 215), afirmación que también permite inferir deficiencias en el área de la investigación formativa.

La interdisciplinariedad como principio no ha logrado pasar del papel a la realidad, y lo único que se ha logrado es solo un abordaje multidisciplinario de los principales problemas de salud, en gran parte, porque muchos profesores están aferrados a una medicina disciplinar desde su formación como especialistas o sub especialistas.

Todo lo anterior motiva que se desarrollen propuestas que permitan superar las dificultades del modelo de formación actual.

^(a,b) Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia. Carrera 51 D N° 62-29, 219 60 41. jaime.gomez@udea.edu.co; liliana.villa@udea.edu.co

^(c) Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, Antioquia, Colombia. miglena.kambourova@udea.edu.co

La experiencia

Desde el año 2004, por invitación de líderes del asentamiento Altos de Oriente (sector perteneciente a la vereda Granizal), se inició una relación entre el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina y los pobladores del asentamiento, que se ha ido fortaleciendo a través del tiempo y se ha ampliado a los otros sectores de la vereda.

La vereda Granizal del municipio de Bello, con cerca de 20.000 personas es considerada como el segundo mayor poblado receptor de población desplazada en el país y el primero en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá³; está constituida por seis asentamientos: Manantiales, El Pinar, Oasis de Paz, El regalo de Dios, El siete, Altos de Oriente 1 y Altos de Oriente 2. En una caracterización sociodemográfica de los asentamientos "Altos de Oriente 1 y 2" se encuentra que en el 80% de casos, la familia o alguno de los integrantes había sido desplazado por la violencia, lo cual indica que se trata de un asentamiento constituido en su mayoría por víctimas de la violencia y que el 42% de la familias tenía una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) y un 45% tenía dos o más NBI⁴. Ello coincide con la declaración de la corte constitucional de que las víctimas de la violencia se encuentran en un "estado de cosas inconstitucional..." efecto de la desatención y el abandono por parte de las instituciones gubernamentales⁵.

En los últimos cinco años aquella relación se ha formalizado e institucionalizado, mediante la formulación y ejecución de proyectos de extensión financiados en su mayoría por el Banco Universitario de Programas y Proyectos (BUPPE) de la vicerrectoría de extensión de la Universidad de Antioquia. Los diversos proyectos se han orientado a responder a problemas y necesidades identificados por los mismos pobladores, como parte de la función universitaria de extensión solidaria. Ellos son:

- . "Caracterización demográfica y social del asentamiento Altos de Oriente"⁴ que ha servido de línea de base para distintos proyectos en la vereda; realizado en 2010.
- . "Evaluación integral de niños de hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)" que además del servicio que se presta a la comunidad se ha convertido en un curso formal del currículo y se desarrolla desde 2012.
- . "Proceso de formación y acompañamiento psicosocial para el fortalecimiento de líderes y lideresas de la vereda Granizal, municipio de Bello" que ha tenido impactos importantes en la organización y la participación social en la vereda y se ejecutó con recursos de donantes privados en 2012.
- . "Atención Primaria en Salud" con cobertura sobre 100 familias iniciado desde finales del año 2013.
- . "Escuela de formación de gestores comunitarios para la acción con énfasis en desarrollo local" la cual fue diseñada por iniciativa y con participación de los mismos líderes, con financiación y participación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y las Facultades de derecho y medicina de la Universidad de Antioquia, ejecutado en 2014.

En perspectiva de lograr la articulación de las diferentes funciones misionales (docencia, investigación y extensión) los proyectos de extensión mencionados han concebido desde su diseño la inclusión de actividades de docencia e investigación.

La articulación con la docencia se ha logrado mediante la participación de los estudiantes en actividades de los proyectos, las cuales hacen parte del proceso de formación como profesionales de la salud. Así se estructuran cursos a partir de la realidad comunitaria, y desde ésta se promueve la reflexión teórica; los estudiantes participan en la realización de actividades, tales como, diseño y diligenciamiento de instrumentos de recolección de información, evaluación médica de beneficiarios de los proyectos, desarrollo de actividades de capacitación dirigidas a los grupos poblacionales beneficiarios, acompañamiento y asesoría a las familias en la solución de sus problemas de salud y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El proyecto "Evaluación integral de niños de hogares comunitarios del ICBF" es clave en esta experiencia porque ha permitido integrar tres cursos formales del sexto semestre (Niñez I, Salud y Sociedad III y Epidemiología Clínica I) con el trabajo comunitario, como respuesta a una necesidad de las madres usuarias de los hogares comunitarios del ICBF, quienes debían presentar los certificados de

salud de sus hijos como requisito para su matrícula, pero que les quedaba difícil conseguirlos por las barreras de acceso geográfico, administrativas y económicas.

A lo largo del tiempo se ha logrado consolidar el grupo de docentes participantes, mejorando la integración de contenidos y didácticas de los cursos; también la comunidad reconoce y demanda la presencia de la Universidad en sus espacios; además, los estudiantes matriculados en los cursos mencionados y quienes han participado en la experiencia, por medio de las evaluaciones afirman que la visita del lugar les permite tratar los verdaderos problemas de salud, conectar la teoría con la práctica, servir a la comunidad, crecer en valores y humanismo y aprender para la vida. El Cuadro 1 describe el número de actores involucrados.

Cuadro 1. Actores involucrados en la experiencia

Semestre	Número de estudiantes de medicina*	Niños evaluados en la comunidad**	Docentes participantes***
2012-1	20	241 [#]	4
2012-2	17	201 [#]	4
2013-1	16	119	5
2013-2	18	121	5
2014-1	18	120	5
2014-2	20	114	5
2015-1	23	110	5

* Eventualmente han asistido estudiantes de último año de formación de pregrado en medicina y residentes de pediatría; ** El mismo niño puede ser evaluado en varios semestres. Cada niño asiste con un adulto cuidador a las actividades; *** Los docentes son: pediatra, psicólogo, comunicadora, médico salubrista y médico epidemiólogo; [#] Número aproximado debido a que no se implementó un registro preciso

La experiencia comprende además un componente de construcción de conocimiento de la realidad de una comunidad particular, dando lugar a procesos de investigación con pertinencia. Los diferentes proyectos desde su diseño han estructurado un sistema de captura, procesamiento y análisis de información socio-económica y de carácter familiar e individual como: NBI, estructura familiar, nivel educativo de los integrantes, antecedentes prenatales, perinatales, crecimiento y desarrollo de los niños, estado de salud, entre otros. Este tipo de investigación aporta tanto a la construcción de equidad, porque permite visualizar realidades que generalmente permanecen ocultas, como al empoderamiento de las comunidades en la medida en que pueden utilizar la información para conocer su realidad y demandar solución de sus problemas.

Reflexión pedagógica sobre la experiencia

La experiencia descrita permite avanzar en el diseño y puesta en práctica de un nuevo currículo para la formación de los profesionales de medicina en los siguientes aspectos: nuevos entornos de aprendizaje e integración de las áreas básicas y las clínicas; el estudiante como protagonista de su aprendizaje reforzando el desarrollo de la competencia "aprender a aprender"; la experiencia como parte central del proceso de un aprendizaje significativo; la formación de una actitud investigativa y problematizadora mediante un pensamiento crítico que genera autonomía y creatividad; los problemas y las necesidades de la comunidad como base para estructurar el currículo; la interdisciplinariedad que favorece la integración de diferentes áreas del conocimiento para resolver las necesidades sociales; el desarrollo de una conciencia ético-política y valores de los sujetos en formación.

El currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia propone al estudiante como agente activo de su propio aprendizaje, lo cual se logra por medio de la aplicación de estrategias didácticas activas como la solución de problemas simulados o reales, el estudio de casos, el aprendizaje basado en problemas (ABP), los proyectos de aula, las visitas domiciliarias familiares⁶ y el trabajo en las comunidades, entre otras. Sin embargo, aún se imparte la enseñanza desde la pedagogía tradicional donde se exigen aprendizajes memorísticos y la pasividad estudiantil.

Lo vivido por los estudiantes en la vereda Granizal contrasta estas falencias y es un aporte más a las estrategias activas. Los contenidos teóricos y la exposición del profesor no son la prioridad porque el estudiante fuera del salón de clase se relaciona directamente con los problemas de las comunidades y los servicios de salud, buscando soluciones, articulando la práctica y la teoría, lo cual favorece la transferencia de los aprendizajes. La información que el estudiante encuentra es puesta a prueba en la práctica generando una transformación de la realidad con la que inicialmente se había encontrado⁷. La integración entre práctica y teoría permite superar la clásica división entre el ciclo básico (teoría) y el clínico (práctica), favoreciendo su integración en un currículo conformado por módulos de problemas que se abordan en la realidad de la vida de las comunidades o de los servicios de salud⁸ y en la cual los conocimientos “básicos” sirven para interpretar y resolver los problemas de la “clínica”⁷.

Desde esta perspectiva emerge la necesidad de “aprender a aprender”, que implica la capacidad de reflexionar en la forma en que se aprende y actuar en consecuencia, autorregulando el propio proceso de aprendizaje mediante el uso de estrategias flexibles y apropiadas que se transfieren y adaptan a nuevas situaciones⁹. Ante los problemas que visualiza, el estudiante desarrolla destrezas para buscar y seleccionar de manera crítica datos e información que sean relevantes para la interpretación de la realidad con la que entra en contacto. En esta época en que abunda la información es necesario seleccionarla y actualizarla con criterio; por ello es relevante asegurar el “aprender a aprender”, más que garantizar el aprendizaje de unos conocimientos, generalmente transmitidos verticalmente por un docente o aprendidos de memoria de un texto y que en corto tiempo podrán ser obsoletos¹⁰.

El profesor universitario hoy en día no ocupa la centralidad en el proceso pedagógico; sin embargo, su labor continúa siendo esencial en la formación. Éste tiene un rol de acompañamiento a los estudiantes, con el fin de ofrecerles estrategias que faciliten su aprendizaje y los preparen para desenvolverse como profesionales en el mundo de la vida cotidiana. El profesor parte de su propia experiencia para llevar al estudiante a escenarios adecuados de aprendizaje como los espacios comunitarios. Como bien lo afirman Marín y Tamayo:

... es necesario comprender cómo el educador y el educando son sujetos activos, comprometidos con el acto educativo; no puede concebirse un educando inactivo, simple receptor de contenidos y mucho menos como sujeto inoperante; la concepción con la que se cuenta versa sobre un educando activo, comprometido, con un potencial cognitivo que le provee habilidades analíticas, críticas, sintéticas y con un potencial creador que le permite variar, transformar, co-producir y activar el mundo de la vida.¹¹ (p. 16)

Esta experiencia propone una forma de vincular la escuela y la vida a partir de la intervención de problemas y necesidades sociales, que materializa la consigna “aprender haciendo”, lo que implica la inversión del orden tradicional del aprendizaje que se basa en impartir primero la teoría, para su verificación posterior en la práctica. Los modelos pedagógicos de la escuela nueva¹², asumen que la resolución de problemas prácticos por los propios medios de los estudiantes, desarrollan competencias que les serán útiles para su desempeño en la vida cotidiana, para lo cual habría que transformar el aula de clase en un espacio que guarde continuidad con el mundo exterior, lo cual hace a los estudiantes más activos y además fortalece la autonomía y el trabajo en equipo¹³.

La práctica propone entornos de aprendizaje diferentes a los tradicionales tales como los hogares, las familias y la comunidad; demanda una articulación con las redes de servicios de salud, empezando por los primeros niveles de atención del área de influencia en la comunidad; favorece una inserción temprana del estudiante en la resolución de los problemas de la comunidad, que se convierten en el eje y motor del proceso de aprendizaje.

Al acercarse a la comunidad el estudiante llega con algunos conocimientos los cuales se ponen a prueba al enfrentar la realidad; cada uno de ellos valora su saber previo y de acuerdo con sus necesidades e intereses generados por la situación particular de las personas, conecta la nueva información con sus pre saberes con lo que se activan cambios en su estructura cognitiva, logrando el aprendizaje significativo; a éste se refiere Ausubel como aquel en que la nueva información adquiere significados para el aprendiz, por interacción con alguna información relevante ya existente en su estructura cognoscitiva, con un cierto grado de estabilidad, claridad, organización y diferenciación¹⁴.

A medida que el estudiante logra transferir los conocimientos a situaciones problemáticas, como son las que se presentan en la interacción con las comunidades,

se eleva su capacidad de aprender a aprender, se despierta el espíritu investigativo y crítico al comparar teoría con realidad, se desarrollan sus capacidades comunicativas, se sensibiliza con su compromiso social, se crean condiciones para aportar desde la subjetividad a las múltiples miradas de una misma realidad, lo cual favorece la intersubjetividad.⁶ (p. 650)

En la relación con la comunidad, se favorece el desarrollo de competencias comunicativas con pacientes, docentes, comunidad y entre los mismos estudiantes; la interacción se da de persona a persona en la triada estudiante - docente - comunidad; se genera un diálogo de saberes para la comprensión del contexto y se motivan los procesos de reflexión sobre la experiencia de aprendizaje.

El aprendizaje activo es determinante para desarrollar competencias investigativas, las cuales se pueden lograr desde los procesos iniciales de formación, pues al estudiante se le promueve la formulación de preguntas y la búsqueda activa de las respuestas. Esto permite la construcción del conocimiento sobre la realidad misma de las personas y comunidades, a partir de descripciones y sistematizaciones de dicha realidad, proponiendo una perspectiva diferente a la tradicional impuesta por la ciencia positivista hegemónica. En este sentido podríamos hablar de que se tienen en cuenta las necesidades locales, regionales y nacionales para dar respuesta a las problemáticas de cada contexto^{15,16}.

Es así como la investigación formativa, uno de los principios pedagógicos del currículo de la Facultad, toma importancia en el proceso de formación, a través del aprendizaje por descubrimiento y construcción¹⁷. El estudiante se convierte en investigador desde una dinámica inductiva, que partiendo de las especificidades sociales, construye un conocimiento local y permite que los actores involucrados investiguen, aprendan y se transformen en dicha relación.

Un currículo se organiza y desarrolla desde las necesidades sociales. Según Marín y Tamayo¹¹ citando a Torres:

Es necesario que éste sirva para atender a las necesidades que los alumnos y alumnas tienen de comprender la sociedad en la que les ésta tocando vivir y, por consiguiente, que favorezca el desarrollo de destrezas diversas, tanto técnicas como sociales, que les ayuden en su localización dentro de la comunidad como personas autónomas, críticas, democráticas y solidarias. (p. 63)

Un currículo cuyos contenidos se organizan por problemas de la vida real, permite trascender los currículos que se estructuran sobre asignaturas, materias o disciplinas, de forma lineal, con bajo nivel de integración, donde hay una fragmentación excesiva del conocimiento sin relación entre las distintas disciplinas. Algunos más evolucionados se estructuran sobre problemas de conocimiento o proyectos¹⁸, procurando una mayor pertinencia de los objetos de aprendizaje y más protagonismo de los estudiantes para la construcción de aprendizajes significativos. Infortunadamente con frecuencia estos problemas o proyectos se abstraen del contexto para ser utilizados en el aula bajo "ambientes controlados", convirtiéndolos en simulaciones que pierden la esencia interactiva con la realidad, reduciendo las potencialidades creativas y dinamizadoras que ofrecen aquellos problemas propios de la vida cotidiana; en ese sentido se debe "orientar la metodología de la enseñanza hacia la solución de problemas concretos del mundo real, en vez de abrumar a los estudiantes con un curso detrás de otro, poco o nada vinculado con la realidad"¹⁹ (p. 19).

La formación en escenarios reales favorece la interdisciplinariedad y sobre todo la transdisciplinariedad, sin que ello implique anular la disciplinariedad o la especificidad, como plantea Vaideanu:

... por el contrario, derriba las barreras entre disciplinas y pone de relieve la complejidad, la globalidad y el carácter sumamente imbricado de la mayoría de los problemas concretos a resolver. Ofrece así una visión más clara de la unidad del mundo, de la vida y de las ciencias. La interdisciplinariedad supone naturalmente la existencia de las disciplinas y reconoce que el enfoque disciplinario es muchas veces insustituible pero que al mismo tiempo dicha metodología suele resultar ya insuficiente en gran número de situaciones, y por ello, pone en cuestión los "contenidos parcelarios" y la existencia de barreras demasiado rígidas entre disciplinas.²⁰ (p. 537-8)

Esta propuesta aporta a la formación con pertinencia social pues el estudiante se familiariza con los problemas de salud cotidianos de las personas, que representan un gran porcentaje de las dificultades de salud de la población en los lugares donde transcurre su vida. Adicionalmente, permite avizorar un reordenamiento de las funciones misionales de la universidad, puesto que la dinámica universitaria parte en este modelo de la acción transformadora sobre la realidad social de una comunidad (extensión), que permite articular y estructurar proyectos de aula en que los docentes y estudiantes enseñan y aprenden (docencia) y a partir de allí se genera conocimiento (investigación); esta forma de relacionamiento potencialmente reformula la actual consigna universitaria "La investigación y la docencia constituyen los ejes de la vida académica de la Universidad y ambas se articulan con la extensión para lograr objetivos institucionales de carácter académico o social"²¹ (p. 4), pues pone el énfasis del quehacer universitario en la transformación de la realidad social (extensión) y a partir de allí se dinamizan las otras funciones misionales.

La interacción del estudiante con el contexto, la comunidad y sus compañeros le permite desarrollar diferentes habilidades fundamentales para la vida y para la profesión, tales como, la auto-reflexión, pues pone al sujeto en relación con otro y con un contexto, lo cual le problematiza y le exige pensarse a él y al otro como seres distintos merecedores de mutuo respeto; en consecuencia se obliga a ponerse en el lugar de otro, pues reconoce que hay personas que viven en distintas condiciones a las propias, favoreciendo un sentido de compasión por las necesidades del prójimo¹³, evitando su instrumentalización, todo lo cual redundaría en el otorgamiento de la dignidad a la vida propia y a la ajena.

A partir de las experiencias comunitarias se "humanizan" los estudiantes, en la medida en que se forman y transforman; se entiende esta humanización como sensibilización sobre las problemáticas sociales. Se logran visualizar otras realidades sabidas pero no conocidas, que comprenden los procesos de salud en relación estrecha con las problemáticas sociales; en este sentido se genera un impacto en la forma como los estudiantes se relacionan consigo mismos, con el otro y con el mundo.

La experiencia privilegia el desarrollo de valores y actitudes como la responsabilidad, el compromiso social, la ética, el trabajo en equipo, el aprender a aprender y la comunicación. En los estudiantes se despiertan sentimientos de empatía hacia las familias y los niños, se mejora la relación médico paciente y se da un nuevo significado a su quehacer como ser humano y como médico integral.

Conclusiones

Es necesario avanzar en la estructuración de un currículo integrado que fundamente los procesos de aprendizaje sobre los problemas más frecuentes que la sociedad presenta en una realidad concreta. Este fundamento exige el desarrollo de los aprendizajes en los lugares donde se presentan los problemas sociales (el barrio, la calle, la familia, el trabajo); ello hace que el aprendizaje sea pertinente y lo hace significativo; difumina las divisiones entre teoría y práctica y entre básicas y clínicas, pues son las problemáticas que aborda la universidad y el estudiante desde los primeros semestres, las que

demandan la pesquisa y la investigación para su solución, acudiendo al conocimiento de una forma compleja e interdisciplinaria como son los problemas de la vida real.

En este orden de ideas, la experiencia presentada aporta a la construcción de un currículo integrado en el programa de medicina, ya que desarrolla un enfoque de los procesos enseñanza y aprendizaje que permite un impacto en distintas esferas de la vida universitaria y social. En lo universitario exige interdisciplinariedad del conocimiento; posibilita construir conocimientos locales y por ende desarrollar una investigación que se aplica a los problemas de la realidad local; la formación del estudiante se torna más pertinente y contextualizada; promueve flexibilidad tanto en los programas como en los mismos estudiantes y docentes, dado que los contenidos se enriquecen con los problemas mismos de la sociedad; en lo social la universidad aporta todo su conocimiento a la transformación para mejorar las condiciones de vida, revalorando la interacción universidad-sociedad.

Vale la pena mencionar que este trabajo parte de la perspectiva de algunos de los docentes, en la medida en que reflexionan sobre la importancia del trabajo en la comunidad y su impacto en la formación de los estudiantes de medicina. Es necesario que a futuro se desarrollen otras reflexiones e investigaciones desde el punto de vista de los demás actores implicados como los estudiantes y la comunidad.

Colaboradores

Los autores participaron igualmente en todas las etapas de elaboración del artículo.

Agradecimientos

A todos los actores que han posibilitado el desarrollo de esta experiencia: habitantes de la vereda Granizal, vicerrectoría de extensión, Facultad de Medicina, y de manera especial a los docentes Miriam Bastidas, Margarita Gómez y Federico Ordoñez que han participado en el acompañamiento al proceso de formación de profesionales en la comunidad.

Referencias

1. Comité de Currículo. La visión curricular, los propósitos de formación, la propuesta pedagógica: para la renovación curricular aspectos conceptuales. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina; 1999.
2. Galindo LA, Arango ME. Principios didácticos: de cómo se enseña y aprende en la formación médica. En: Grupo EDUSALUD. Evaluación del currículo del Programa de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín: Redipe; 2014. p. 198-229.
3. ACNUR [Internet]. Antioquia: ACNUR; 2013 [acceso 2015 Mar 16]. Construyendo soluciones sostenibles. Vereda Granizal, Bello, Antioquia [3 pantallas]. Disponible en: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2013/TSI_Antioquia_VeredaGranizal_septiembre2013
4. Gómez JA, López AA, Rúa H. Estudio de caso: caracterización histórica y socio-demográfica del asentamiento Altos de Oriente, del municipio de Bello. 2010. p. 1-82. Material no publicado.

5. Agencia Oficiosa en Tutela-Asociaciones de desplazados. Agencia Oficiosa en Tutela- Condiciones para que las asociaciones de desplazados interpongan la acción. Sentencia T-025/04. Corte Constitucional de Colombia, Bogotá, D.C., (3 Mar 2004) [acceso 2015 Mar 16]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>
6. Galindo LA, Kambourova M, Zuliani L, Villegas ME. Impacto de la visita domiciliaria familiar en el aprendizaje de los estudiantes de medicina en el área de pediatría social. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):649-90.
7. Campos FE, Ferreira JR, Fewerwerker L, Sena RR, Campos JJ, Cordeiro H, et. al. Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. *Rev Bras Educ Med*. 2001; 25(2):1-12.
8. Davini MC. Métodos de enseñanza: didáctica general para maestros y profesores. Buenos Aires: Santillana; 2008.
9. Díaz Barriga F, Hernández Rojas G. Estrategias docentes para un aprendizaje: una interpretación constructivista. México: McGraw- Hill; 1999.
10. Moreno R. Aprendizaje basado en la resolución de problemas. *Bol Esc Med*. (Pontificia Universidad Católica de Chile). 1996; 25(1):29-32.
11. Marín Londoño B, Tamayo Giraldo G. Currículo integrado: aportes a la comprensión de la formación humana. Pereira: Universidad Católica Popular de Risaralda; 2008.
12. Álvarez de Zayas CM, González Agudelo EM. Lecciones de didáctica general. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2002.
13. Nussbaum MC. Por qué la democracia necesita de las humanidades. Buenos Aires: Katz Editores; 2010.
14. Ausubel D, Novak J, Hanesian H. Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo. 2a ed. México: Trillas; 1997.
15. Unesco [Internet]. World conference on higher education: higher education in the twenty-first century: vision and action. Paris: Unesco; 1998 [acceso 2015 Mar 16] [33 pantallas]. Disponible en: http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
16. Martínez EG. El "core currículum": un debate en la educación médica. *Educ Educ*. (Bogotá). 2006; 9(2):189-96.
17. Restrepo B. Investigación formativa e investigación productiva de conocimiento en la universidad. *Nomadas* (Bogotá). 2003; (18):195-202.
18. Díaz D. La didáctica universitaria: una alternativa para transformar la enseñanza. *Accion Pedagogica (Mérida)*. 2001; 10(1;2):64-72.
19. Max Neef AM. La transdisciplina: para pasar del saber al comprender. *Debates* (Medellín). 2003; (36):14-21.
20. Vaideanu G. La interdisciplinariedad en la enseñanza: ensayo de síntesis. *Perspectivas* [Internet]. 1987 [acceso 2015 Mar 16]; 17(4):531-44. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0007/000782/078248so.pdf>
21. Universidad de Antioquia [Internet]. Acuerdo Superior 1 de 1994, 5 de marzo de 1994: por el cual se expide el Estatuto General de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1994 [acceso 2015 Mar 16]. [44 pantallas]. Disponible en: <http://secretariageneral.udea.edu.co/doc/a0001-1994.pdf>

Esta reflexión pedagógica surge de una experiencia académica que se ha desarrollado desde 2004 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, está enmarcada en el trabajo comunitario con los habitantes de la vereda Granizal (Bello, Antioquia). Se propone avanzar en la estructuración de un currículo integrado teniendo en cuenta las limitaciones del currículo actual. Para lograrlo se plantea la formación profesional de los médicos en los escenarios extramurales diferentes a los tradicionales como el salón de clase y el hospital. Se busca desarrollar en el estudiante habilidades clínicas, reflexivas, pensamiento crítico, actitud investigativa y de comunicación, reforzando la competencia de aprender a aprender y el aprendizaje significativo. Adicionalmente se favorece la interdisciplinariedad, la integración entre básicas-clínicas y teoría-práctica para resolver las necesidades sociales y generar conciencia ético-política y valores de los estudiantes en formación.

Palabras clave: Currículo. Educación. Aprendizaje. Relaciones comunidad-institución.

Necessidades sociais como eixo da formação médica

A presente reflexão pedagógica começou a partir de uma experiência acadêmica concreta que teve lugar, em 2004, na Faculdade de Medicina da Universidade de Antioquia, e foi desenvolvida com base no trabalho com os moradores da comunidade Granizal, zona rural do município de Bello, Antioquia. Propõe-se mudar o currículo atual (que tem limitações) para um currículo integrado. A principal estratégia para atingir tal mudança é priorizar as comunidades como o foco central da formação, além das aulas e os hospitais. Na comunidade, os discentes desenvolvem habilidades clínicas de reflexão e investigativas, obtendo a competência de aprender a aprender e a aprendizagem significativa. Finalmente, na comunidade, o estudante interage com uma equipe interdisciplinar, integra o conhecimento teórico-prático e básico-clínico, além da oportunidade de alcançar consciência ético-política e valores.

Palavras-chave: Currículo. Educação. Aprendizagem. Relações comunidade-instituição.

Medical education based on social needs

This pedagogical reflection originated from academic experience at the School of Medicine, University of Antioquia, based on community work among the inhabitants of the Granizal community, in the rural zone of the municipality of Bello, Antioquia, which started in 2004. It is proposed to move towards an integrated curriculum, given the limitations of the current one. To achieve this change, the main strategy is to prioritize communities as the central focus of the training, thus going beyond the classroom and the hospital. It is sought to develop reflective clinical skills, critical thinking and investigative and communicative attitudes among the students, thus strengthening their capacity for learning to learn and meaningful learning. Additionally, interdisciplinarity and integration between basic and clinical subjects and between theory and practice are favored, in order to resolve social needs and to create ethical-political awareness and values among the medical students.

Keywords: Curriculum. Education. Learning. Community-institution relations.

Recebido em 02/04/15. Aprovado em 10/06/15.

Formação de agentes de saúde como instituinte de novos modos de cuidado nos sistemas de saúde e proteção social na Europa: entrevista com Xavier Baylac e Fantxoia Hastaran

Health workers education as institutive of new modes of care in health systems and social protection in Europe: interview with Xavier Baylac and Fantxoia Hastaran

Formación de los trabajadores de salud como instituyendo nuevas modalidades de atención en los sistemas de salud y protección social en Europa: entrevista con Xavier Baylac y Fantxoia Hastaran

Túlio Batista Franco^(a)



Fantxoia Hastaran



Xavier Baylac, Photo: Xan Aire - ICB

Há uma novidade no cenário europeu no que se refere à formação para trabalhadores dos sistemas social e de saúde. Esta novidade se chama KILT, sigla para o Projeto “Knowledge Identity Language Tools”, cujo objetivo é criar ferramentas de apropriação linguística e cultural que servirá para facilitar a relação com a pessoa que está sendo acompanhada por um profissional do serviço de assistência social ou da saúde.

O Projeto KILT é apoiado pela Comunidade Europeia por meio da Diretoria Geral de Educação/Programa para Educação e Formação ao Longo da Vida. Nesta diretoria o “Programa Leonardo da Vinci – transferência de inovação” tem o objetivo de apoiar projetos de formação, procurando dar um impulso aos sistemas de educação e ensino profissional na Europa. Em janeiro de 2013 o grupo que se organizou em torno do projeto KILT se candidata aos recursos deste Programa e é contemplado no apoio ao mesmo.

^(a) Instituto de Saúde da Comunidade, Centro de Ciências Médicas, Instituto de Saúde da Comunidade, Rua Marquês de Paraná 303, anexo. Niterói, RJ, Brasil. 24030-210. tuliofranco@gmail.com

Pela sua história e experiência o KILT denuncia o paradoxo de uma formação essencialmente instrumental e a necessidade de educar profissionais que no seu trabalho tenham alta performance nas tecnologias relacionais e sócio-afetivas, como é o caso de cuidados a idosos com Alzheimer no país Basco, França; imigrantes em Emilia-Romagna, Itália; populações rom na Eslováquia, por exemplo. É intervindo neste campo paradoxal que o projeto KILT sugere inovar em ferramentas que possam ser disponibilizadas, mediante projetos formativos, para o trabalho com essas populações, reconhecendo sua diferença, respeitando as singularidades e inserindo-as na paisagem europeia sem violar a sua humanidade.

Partindo de um trabalho singular no País Basco, França, este grupo se articula em uma rede envolvendo grupos de cinco países europeus, que têm em comum o fato de trabalharem com populações em situação de extrema fragilidade, vulneradas e com dificuldades de integração na sociedade europeia. A partir daqui é história.

Esta história e seu desenvolvimento foi contada à Interface, em entrevista concedida a Túlio Franco, no seminário do projeto ocorrido em Edimburgo, Escócia, em julho de 2014, pelo coordenador do projeto KILT, Xavier BAYLAC, do País Basco, França, diretor geral da Association Pour la Formation en Milieu Rural Etcharry Formation Développement, organismo de formação e de educação de adultos (EDUadlt); e Fantxoia HASTARAN, também do país Basco, França, responsável por projetos na Etcharry Formation Développement.

O Projeto tem a participação das seguintes entidades : l'AFMR Etcharry Formation Développement (coordenador), ator francês de formação e trabalho social. O projeto KILT agrupa atores de natureza diferente e complementares, que são : _ Institut Culturel Basque - Euskal Kultur Erakundea, ayant développé des outils de ce même type dans d'autres champs d'intervention (*France*); Agence de Santé Régionale de la région Emilie-Romagne (*Italie*) ; CEFAL, organisme de formation en travail social et d'accompagnement socioprofessionnel de Bologne (*Italie*) ; SPARK, structure de formation en travail social de Kosice (*Slovaquie*) ; ECKVRNM, organisme à caractère social travaillant auprès des populations rom à Kosice (*Slovaquie*) ; NHS LOTHIAN, Hôpital public d'Edimbourg travaillant en grande partie au contact des populations immigrées (*Ecosse - Royaume Uni*); VHIR - Vall d'Hebron Research Institute, fondation associée à l'hôpital de Barcelone, qui développe déjà des outils de formation de ce type au bénéfice des « agents sociaux » catalans (*Catalogne - Espagne*).

Interface - Como vocês podem resumir a história do projeto KILT, porque este projeto foi pensado, como vocês fazem para viabilizá-lo na França e na Comunidade Europeia?

Xavier Baylac - O início da construção do projeto se deu no País Basco, na França, em diversas áreas de atividade de assistentes sociais, nas quais estamos engajados, visando especialmente à área de ajuda à pessoa, uma vez que isto pode se expressar pela atuação dos assistentes sociais que vão ajudar as crianças deficientes, as pessoas autistas e que vão atuar igualmente junto às populações idosas locais, especialmente do País Basco, as quais são cada vez mais atingidas por doenças como o alzheimer, por exemplo e em virtude desta doença nos demos conta de que essas pessoas tinham perdido referências do momento presente, porém mantinham, de uma maneira muito ativa, as referências passadas, entre as quais, em um nível que lhes era muito próprio, se situava a língua. Por outro lado, os profissionais que trabalhavam junto a essas pessoas não eram originários do País Basco e por vezes, nos estabelecimentos, diziam: "este senhor idoso não fala mais, não podemos mais nos comunicar com ele".

Por vezes, alguns utilizavam palavras bascas e então se davam conta de que o idoso, quando a ele se dirigia em basco, recuperava sua capacidade de se comunicar, o que revela, portanto, vide numerosíssimos exemplos, como de fato havia, um distanciamento entre os assistentes sociais e os trabalhadores da saúde que atuavam junto a esse público dependente. Havia um distanciamento de cultura, de língua, um distanciamento na maneira de se estabelecer uma conexão com o outro, pois todas as formações, tanto no campo da saúde como no campo social, dentro do sistema francês, não integram este parâmetro, uma vez que lidamos com corpus de informação que são teóricos e sobretudo técnicos, mesmo que as pessoas passem pelo modelo de formação francês, no campo social e no

campo da saúde, o que constitui o que chamamos de “alternância integrativa”, isto é, reagrupamentos no centro de informação, por exemplo, teórico, nos estabelecimentos e institutos, uma atividade ininterrupta de ida e volta entre os centros de informação e os espaços profissionais.

Em outras palavras, ainda que esta dimensão profissional exista, a formação em si permanece muito técnica, ou seja, de repente podemos dizer que o outro, o objeto de nosso trabalho, está diante de nós, nós devemos nos organizar para ele, o que não impede que, mesmo que a solução que trazemos seja técnica, não tenhamos espaço para também trabalhar com ele a sua história, identidade ou problemática.

Consideremos pois, que a ideia do projeto, no início, partia da seguinte indagação: será que não poderíamos cogitar de trazer uma outra maneira de formar o profissional, sem colocar em questão o modelo, pois este funciona, e tratar de enriquecer o modelo de formação com uma questão que corresponda a utilizar a identidade do outro, ou seja, do beneficiário, do idoso, do paciente, utilizando isto como uma nova maneira de abordá-lo e de inseri-lo no sistema?

Foi então a partir desta ideia, juntamente com Fantxoa, uma vez que já era nosso costume ter parceiros europeus, que lançamos uma espécie de SOS na Europa dizendo: será que existem outras pessoas que vivenciam este mesmo estado de reflexão? E foi assim que os trabalhadores da saúde, os cursos, os da Catalunha disseram, bem, nós também passamos por este problema, não com o mesmo público, porque o público deles é mais frequentemente o pessoal da mineração, vindo de países estrangeiros, por vezes de países europeus.

Começamos a enxergar parceiros cujo público não era o mesmo que o nosso, mas que lidavam com beneficiários semelhantes, uma vez que havia o mesmo questionamento sobre todas aquelas pessoas, junto às quais trabalhavam, em termos de acompanhamento, para chegar, por um lado, a lhes permitir de permanecerem autônomas, por outro, a lhes permitir de ingressarem em um processo de integração ou de inserção. Todas aquelas pessoas, como hoje em dia nos movemos em planetas diferentes, apesar de estarmos aparentemente no mesmo lugar, estavam em situação de acompanhamento, mas com variantes culturais, e de repente nos tocamos que nossa questão, a questão principal, se aproximava, ou seja, nos fazia chegar um pouco à problemática da língua, já que o outro, na verdade, não nos bloqueia, o que nos bloqueia é a língua, o que nos leva rapidamente a concluir que é inimaginável que assistentes sociais conheçam 196 línguas estrangeiras.

Portanto, já existia uma espécie de barreira lógica, por assim dizer, e ela não estava lá por conta das línguas e quanto mais se elaborava esta questão, a língua, em si, se constituía como parceira para a construção de nosso projeto, uma vez que era certamente um vetor da relação e, num nível mais profundo, o que era necessário dar aos assistentes sociais e aos trabalhadores da saúde era a capacidade de poder assumir, em termos de escuta e igualmente em termos de expressão, diferentes identidades. Foi tudo isto que gerou o projeto.

^(b) CEFAL (Consorzio Europeo per la Formazione e l'Aggiornamento dei Lavoratori) é uma entidade de formação profissional, com sede em Bolonha, acreditado pela Região Emilia Romagna, Itália.

Interface - Como se deu a constituição de uma rede de entidades na Europa, com a qual vocês desenvolvem o projeto KILT?

Fantxoa - cada um de nós aprendeu a procurar forçosamente outros operadores, outros atores, que parecessem pertinentes em relação ao projeto que estávamos propondo. Foi a CEFAL^(b), organismo de formação no trabalho social e de acompanhamento socioprofissional de Bolonha (*Italie*), que entrou em contato

com a Agência Sanitária e Social da Região de Emilia Romagna na Itália, e foi esta agência que fez uma ligação com o Hospital de Barcelona e o Hospital de Hamburgo, operando numa relação de parceiro-rede, que fez com que esta faceta se construísse dessa maneira. E nós tivemos contato com dois outros parceiros, o primeiro foi o Instituto Cultural Basco, dentro de nossa lógica própria em nível dos Países-Bascos e é essencial que um ator cultural questione este enfoque da sensibilidade cultural e um pouco, também antropológica, dos assistentes sociais. Nós também já tínhamos contatos com um parceiro eslovaco e por isto, quando eles nos contataram, nós confirmamos com este parceiro, sabendo que trabalhavam com populações rom.

E foi assim que, entre CEFAL e nós, se construiu uma parceria, hoje com oito membros, de fato, oito parceiros originários de cinco países, a saber Escócia, Eslováquia, Itália, Catalunha-Espanha e nós, na França.

Interface - Voltando à questão pedagógica, Xavier faz uma crítica ao sistema educacional francês, o qual considera muito técnico, com pouca ênfase no desenvolvimento humanitário. Acredito que é um fenômeno generalizado e o projeto que você descreve aqui fala de um processo de mudança da pessoa por meio da educação. Você pode falar um pouco sobre o projeto pedagógico do KILT, o objetivo deste trabalho, e suas referências?

Xavier Baylac - Efetivamente, sobre a questão da formação dos profissionais por meio das abordagens que realizamos entre os parceiros, guardamos esperanças pedagógicas que já tínhamos, porém mais adiante nos demos conta de que o objetivo era na verdade chegar a formar pessoas com ferramentas que capacitassem para o encontro com o outro. Por isso mesmo podíamos informá-los sobre a formação clássica no tocante às chaves da compreensão antropológica, etnológica, sociológica, podíamos ministrar-lhes cursos de comunicação, isto é, introduzi-los a todos os elementos de comunicação verbal, não verbal, à postura que permitisse, efetivamente, descriptografar os caminhos, as passagens overloques, porém nos demos conta, refletindo sobre isso, que estávamos às voltas com profissionais em exercício, já formados e podíamos ministrar-lhes cursos suplementares, efetivamente, mas não seria útil o risco de lhes dar ferramentas para que eles as utilizassem uma vez mais como ferramentas aleatórias, uma vez que o fundo do problema é a capacidade de fazer evoluir a própria postura, ou seja, de estar ciente de que: Hoje eu tenho uma missão profissional para a qual eu sinto que ela perde em eficiência, minha intervenção profissional não é mais tão eficaz, não é mais tão eficiente como era há dez, 15 ou vinte anos, porque as populações junto às quais eu trabalho estão em realidades cada vez mais mescladas, as problemáticas de saúde se entrecruzam com as problemáticas sociais, com as questões econômicas, com as questões ambientais, a pessoa que eu devo ajudar, hoje, tem um universo de complexidade, por vezes um universo de estranheza, para mim, alguma coisa que me é desconhecida e que neste ponto específico eu tenho que aceitar e descobrir.

Ora, não existe uma outra possibilidade de descobrir alguém, se nós mesmos não aceitarmos de nos colocarmos, não em causa, mas em questão, ou seja, partirmos da indagação de quem eu sou, qual é minha trajetória, de onde venho, e... então qual é meu sistema de valores, de representação, se sou capaz de me questionar, capaz de me alimentar, então eu estou em melhores condições de poder propor esta abertura ao outro e acompanhar o outro em sua abertura, isto é, naquilo que se cruza normalmente, quase diria, na vida, todos os dias, ou seja, o próprio princípio do intercâmbio.

Uma vez que nos colocamos esses elementos em termos de valor, em relação ao que colocávamos em termos de cultura, digamos que, subitamente, nossa formação parte, ou melhor, ela devia ser inicialmente um processo de evolução das pessoas que íamos formar, se torna mais do que simplesmente utilizá-las em outros parâmetros técnicos, pois era preciso inicialmente que nós as levássemos a se questionar e então ganhar uma espécie de capacidade securizada a fim de aceitar sem parar a curiosidade e o questionamento.

Para si próprios e porque são capazes de fazê-lo para si próprios, eles também são capazes de gerá-los e de apoiá-lo no outro, no paciente e nos trabalhadores da saúde. O que eles querem daí, o processo pedagógico, foi determinado um pouco como uma trajetória da mudança.

Em função dos países falamos de trajetória, de caminhada, de caminho, mas foi mais exatamente como uma espécie de busca que vai se processar mediante diferentes etapas, as quais vão fazer com que eu me re questione, de repente, eu sou capaz, talvez, de ficar de uma maneira diferente na escuta, de identificar as coisas em mim, no outro, do ponto de vista de minha profissão. Talvez eu queira me reposicionar diferentemente, me adaptar, mas sobretudo eu quero compreender que eu mesmo, enquanto pessoa, sou singular e aquele que eu sou hoje, não era o mesmo há seis meses, dois anos e não será o mesmo personagem dentro de dois ou três anos. Isto quer dizer que, efetivamente, sem parar, meu processo de evolução, eu mesmo não sou senão uma trajetória de minha evolução, por outro lado, integrando isto, nós vamos efetivamente permitir que todos os atores, que sejam beneficiários ou participantes, se deem conta de que eles não são senão trajetórias, desenvolvimentos, trajetórias de evolução.

Isto quer dizer que a formação deve provir disto, deve provir de um sequenciamento pedagógico, um pouco por recaminho e não por recaminho de competências, mas sim por recaminho de, passo a passo, ir colocando as bases que fazem com que eu ouse ser curioso, porque é sempre desestabilizadora a curiosidade, para si e para o outro, porque aceitar ser capaz de contemplar o outro é também receber mensagens que vão de encontro às suas próprias representações, se dando conta de que em seu domicílio fixo, ninguém é tão pobre que viva na rua, ele também, em algum lugar, tem um habitat, quer dizer, requestionar meu modo de morar, ele também pode ter um estado prostrado de desejo e pode ter feito escolhas, isto é, sua situação, que eu... começo a analisar assim de fora, como uma espécie de consequência de um sistema... que pode ser um sistema de crise econômica, de crise social, mas por vezes de maneira profunda, que talvez este indivíduo...se tenha posicionado em termos de escolhas deliberadas, nem sempre é o caso, é claro, mas isto quer dizer que em um certo momento, cada pessoa junto à qual eu atuo, é específica, eu não posso arrumá-la em gavetas, eu não poderia dizer, olhe, já que agora eu estou um pouco melhor em antropologia, eu tenho alguma compreensão, eu fecho a gaveta das pessoas que vêm, sei lá, do Malí, para a encontrar trabalho, eu puxo a gaveta das populações rom, com ou sem nível de representação, a gaveta dos deficientes.

Não, eu posso ter conhecimentos globais, mas é preciso que eu aceite que cada pessoa com a qual eu vou atuar, percorrer um longo caminho na minha missão profissional, é uma pessoa singular como eu, no olhar de cada um deles eu sou uma pessoa singular em evolução e nós vimos isto se retraduzir no processo pedagógico.

Por conseguinte, as sequências na relação com o outro que permitem, passo a passo, colocar a perda, não ter medo de ir mais longe no questionamento e na aceitação desta questão, e uma vez que estamos nessas sequências que permitem passo a passo abrir-se e aceitar a singularidade sistemática do encontro, mas isto quer dizer que as... dinâmicas pedagógicas em cada sequência foram mais assentadas em um enfoque interativo e dinâmico situacional, experimental, certamente, por meio de dramatizações, encenações, tempos de observação participante em serviços diferentes do meu, quer dizer, eu vou deslocar meu pessoal profissional para evitar a representação. Essas experimentações e em cada sequência, esta oficina, estes jogos, estas simulações, uma vez que os estagiários estão envolvidos, que já experimentaram, nós viemos trazer a informação complementar, a saber, nós não podemos deixar mais apenas a leitura do que é talvez simulação ou encenação, nós temos também que trazer alguma referência teórica, para que se possa assentar a reflexão e então todas as ferramentas que nós utilizamos em uma sequência, são ao mesmo tempo ferramentas, descobertas de si mesmo pelos estagiários, mas também oportunidades que eles podem reaplicar, depois, junto a cada beneficiário e cada idoso, sabendo que não há conclusão sistemática, pois cada um vai expressar, por meio das situações e das experiências, o que é sua singularidade e sua trajetória.

Interface - Na Europa, assim como em outros lugares, não há simetria no significado que se dá aos diferentes grupos populacionais, por exemplo, entre o europeu e os imigrantes, ou em relação à população rom. Isto faz com que não haja simetria também na relação e cuidado a esses grupos. Ao pensar a formação de trabalhadores para o cuidado às populações vulneradas, como vocês pensam este problema?

Xavier Baylac - De fato o que você diz, aliás, é como efetivamente ultrapassar o modelo determinado para tentar aceitar que todos estão em equilíbrio, evidentemente, não estamos aqui para produzir a marcha forçada da integração e não é uma relação simétrica, justamente, a integração é, eu determino, eu tenho um modelo fixo de peças dos jogos que fazem com os rom, *karanes*, crioulos e, seja quem for, o outro tem que tomar a forma que minha sociedade espera dele.

Este modelo, hoje, de integração, qualquer que seja a população, não pode mais ser possível, portanto isto quer dizer que vai ser necessário que se chegue a colocar uma relação que faça com que as digitais originais e as digitais aceitas, cada uma ceda um pouco, de modo que, efetivamente, haja um encaixe, e é preciso aceitar que o encaixe não seja perfeito, pois efetivamente as coisas são singulares, mas não se pode mais forçar encaixar, portanto o movimento é..... de mandar corrigir os dois pontos de partida, o de quem acolhe e o de quem chega e tentar efetivamente estabelecer uma forma de simetria na relação, estou de acordo, acréscimo poderoso para falar da busca do equilíbrio, sabendo-se que este não é uma maneira espontânea, a definição de equilíbrio é que ele não é nada mais que um instante, então isto quer dizer que nos acontece também de reconjugar, de conjugar, de adaptar esta espécie de colocação progressiva em equilíbrio, aceitando que às vezes isto também não funciona, aliás, é aí que está um pouco de toda a dificuldade.

Vou dar um outro exemplo, na França, no quadro da ação social, uma grande parte foi revisitada pela lei nacional em 2002 e em 2005. A lei dizia, ou lembrava, que o indivíduo que é ajudado, seja no hospital, seja no retiro de aposentados, seja em um centro para jovens trabalhadores imigrantes, mesmo em casa, a pessoa é raramente independente. Ela deve estar no coração do dispositivo, ela é o elemento central e toda ação social deve efetivamente construir uma articulação para levar em conta esta pessoa em sua globalidade e desenvolver, propor, um acompanhamento na globalidade, é o que diz a lei.

E então a lei diz, devemos colocar a pessoa no centro, isto é, refletir o projeto pedagógico, o projeto institucional e social, levando em conta este lugar central da pessoa, a lei diz isso, todos os estabelecimentos revisitaram seus processos de acompanhamento neste quadro e o diretor hoje é responsável pela ação social e ele diz que sim, colocamos a pessoa no meio, colocamos a pessoa no meio para tentarmos nos agrupar em torno dela, mas de fato isto foi traduzido porque, a realidade é técnica, ou seja, uma enfermeira tem que realizar em uma hora, quinze cuidados...é quase produtividade.

O trabalhador social ou... como eles se chamam, os cuidadores, nos retiros de aposentados e nos hospitais, em uma hora têm de fazer quinze cuidados higiênicos dos doentes, fazer quinze leitos dos doentes, portanto nós temos este parâmetro e ao mesmo tempo dizemos, nós colocamos a pessoa no meio, nós construímos o sistema para ela, tentando levar em conta diretamente, mas os modos de funcionamento de cada instituição são de tal maneira sem normas, que de fato, sim, colocamos a pessoa no meio, mas colocando-a no meio desta maneira, nós nos afastamos dela.

Nós a colocamos no centro para criar uma espécie de corrente integrada, permitindo encontrar a resposta, mas o impacto que isto produziu foi, de fato, colocá-la no meio de um círculo que se ampliou de tal maneira que, ao contrário, ficou mais distanciado dela agora do que anteriormente e é isto que desfoca, temos de recorrer em algum lugar, ou seja, temos que nos dizer: atenção, se nós banalizarmos a intervenção social, a intervenção de saúde, se nós não formos fiéis senão em matéria mais propriamente técnica ou de repente demasiado assimétrica, se resta ainda uma explicação, nós estamos perdendo o porquê de estarmos lá e quem pode realmente dizer, aí está, nós tentamos nos recolocar num momento para nos religarmos à pessoa que estava melhor, senão... o trabalho social ou o trabalho da saúde vai se tornar, é claro, um pouco... instigante, mas vai se tornar um trabalho de fábrica, isto é, efetivamente nós vamos produzir o ato cumulativo, mas nós não vamos responder ao acompanhamento das melhoras da pessoa ou ao bem-estar...nós estaríamos perdendo a definição

da Organização Mundial de Saúde, mas ao mesmo tempo não a estaríamos perdendo, por causa da lógica do trabalho em conjunto, observem que existe hoje em dia um grande desafio de poder, sem colocar em causa o sistema, porque não é nossa vocação, em todo caso, de poder trazer elementos de correção adaptada para readquirir essa simetria na relação entre o usuário e o beneficiário, o profissional da saúde e o profissional da ação social.

Interface - Eu creio que o trabalho de rede é muito importante, e para nós fazermos uma reunião aqui, em dois dias, cinco países, cinco idiomas diferentes, é um esforço importante para manter o diálogo e o trabalho. Você pode falar um pouco sobre as dificuldades do trabalho de rede, mas também sobre as vantagens, as possibilidades que existem para o trabalho de rede.

Fantxoia - Eu penso que é uma questão de equilíbrio, as dificuldades que a diferença de parceria geram... são estas dificuldades que trazem aqui uma forma de riqueza, seriam que, tecnicamente, nós somos oito parceiros de cinco países, portanto já há cinco línguas oficiais, como o italiano, o eslovaco, o inglês, o francês, o espanhol, às quais se adicionam de fato as línguas visuais, para alguns dentre nós, pode ser o romani, pode ser o catalão, pode ser o basco, línguas portanto, que dentro do que explicamos, dentro do que tentamos trazer em termos de valor, da relação, da ligação com o outro... no cotidiano, são línguas que passam tanto quanto o francês, eu diria por exemplo, que entre nós, no País Basco, na relação notadamente com os idosos, a língua basca tem tanto lugar quanto o francês.

A capacidade linguística muito grande, esta é a nossa riqueza e certamente é também a dificuldade prática, o fato de que não há uma única língua comum, que é utilizada pelo conjunto de pessoas que participam do projeto, vocês sabem que nós temos mais tendência a termos projetos que emergem na Europa, nos quais a língua inglesa é a única utilizada, porque é mais fácil, é uma regra bastante comum, que faz com que a língua inglesa seja a língua de trabalho, então todos os atores que participam deste projeto falam inglês, é muito mais fácil, mas também de algum modo isto empobrece, isto desnatura, como diz Xavier, isto muda um pouco o sentido do trabalho e da proposta, primeiro porque reduz expressivamente o número de pessoas com capacidade, com competência para poder serem atores, se apenas pessoas que falam inglês podem participar deste projeto, ele então não seria o que é, porque a maioria das pessoas não fala inglês.

Então isto reduz, isto empobrece, isto desnatura expressivamente o próprio sentido do projeto, então nossa escolha é de um tipo em que o plurilinguismo possa ser, na medida do possível, levado em consideração, então tecnicamente, o que nós fazemos (o que complexifica e torna a coisa mais pesada e mais difícil no cotidiano) é usar duas línguas, no mínimo, o francês e o inglês, sabendo que o eslovaco também é uma língua utilizada, pois certos atores eslovacos não falam nem francês, nem inglês, portanto nós temos de fato três línguas de trabalho, com a necessidade, nosso impasse, as respostas técnicas em relação a isto, temos então sistemas de tradução, que são certamente úteis e que fazem com que o conjunto do grupo possa trabalhar, tornar-se mais complexo, mais amplo e miscigenado.

Interface - Fale um pouco do trabalho e compromisso de cada um em torno do desenvolvimento do projeto.

Fantxoia - Temos dois grandes tipos de perfil, o dos pedagogos e das pessoas que são efetivamente fomentadoras, e o perfil dos profissionais que já trabalham em linha direta com o público, os cuidadores, de sorte que um dos interesses deste tipo de procedimento é de conseguir articular esses dois enfoques em um conjunto, pois me pareceria irrisório que os pedagogos pudessem sozinhos definir um cronograma, um processo que fosse eficaz, que fosse eficiente, sem que os atores do campo, que vivem a realidade cotidiana e notadamente, também, a realidade do lugar do outro, sem que os profissionais não estivessem lá para trazer o seu esclarecimento, seus próprios objetivos.

Xavier Baylac - Como complemento ao que disse Fantxoia, a construção de nosso espaço colaborativo, efetivamente, é uma espécie de processo de concertação interativa permanente porque

ninguém é detentor de uma matéria absoluta, de uma certeza, em todo caso, dentro do que é preciso que se possa permitir ao sistema, ao qual eles vão efetivamente se adaptar, ao profissional, de evoluir neste sistema com uma nova capacidade, uma nova postura, pois a coprodução, a construção colaborativa é um processo que leva um pouco de tempo, mas que em todo caso garante uma espécie de boa adequação, entre o que é possível de se fazer na formação e o que é esperado da intervenção do profissional.

Toda a arte do exercício, como num processo de concertação clássica, não está na concertação, que é complexa, é a regulação, porque o risco da concertação permanente pode fazer com que fiquemos em reflexão permanente.

Ora, num momento é preciso ousar também, fixar os objetivos de aplicação, e então nós vamos fixar linhas sobre este número de trabalhos, aceitando o risco de não sermos perfeitos, mas, em todo o caso, de podermos ter sucesso por meio de trocas praticadas, atestadas, experimentadas, para reintegrá-las, reinterrogá-las em termos de avaliação, isto é, sabemos que a maquete que vai ser nossa maquete original, a primeira entre as que se definiram neste momento e aquela que terá matéria conclusiva dentro de doze, quinze meses, ela vai se alterar, mas ela vai se alterar pelo fato de que nós aceitamos esta imperfeição relativa no início, para poder trazer todos os pontos de correção progressiva, no real da experiência, isto é, no real de como vocês veem os profissionais, quando eles vão tentar se questionar, quando eles vão começar a formação, quanto ao que eles vão nos contrapor: mas não, eu fui formado, mas não, eu... pensei diferentemente.

Quando eu trabalho com o beneficiário, o idoso, o paciente, eu me dou conta de que isto demanda alteração, pois efetivamente nós vamos integrar dois parâmetros de avaliação, o dos profissionais, que vão estar imersos, e o dos beneficiários, junto aos quais os profissionais vão se formar, o que faz com que haja, sim, concertação, progressão na construção, com esta capacidade de poder num momento recalibrar as coisas progressivamente, para ficarem mais exatas, menos afastadas... mas isto significa que, efetivamente, é preciso também que nos fixemos, algumas regulações, mesmo que num certo momento possam surgir pontos que fiquem em suspenso, aceitemos que fiquem em suspenso, mas enquanto isto vamos construindo, avançando e colocando os marcos passo a passo.

Fantxoia - A Europa nos financia durante dois anos para que nós tenhamos a capacidade de nos projetar e de dizer, ao cabo desses dois anos, que as ferramentas que produzimos e que vamos emitir, como é que elas vão ter um lugar na panóplia da formação na vida da Europa.

Nesta fase, por enquanto, nós não estamos ainda com capacidade de nos projetar de maneira formal sobre o futuro desses produtos, o que nós sabemos é que as ferramentas que vamos produzir serão integradas no percurso dos processos de formação, que nós mesmos não podemos alavancá-los, é uma palavra sem dono, porém agora a questão estratégica corresponde a se dizer, de que maneira, a partir desses dois anos de experimentação, podemos fazê-los viver, com esta mesma dinâmica, além dos dois anos, como é que nós nos projetamos sobre as perspectivas mais internas.

Xavier Baylac - O que estamos capacitados para produzir é da ordem de saber, de compreender claramente os meandros da exploração do projeto, porque efetivamente, partilhando, cada um de nós, necessidades muito físicas, específicas do trabalho de campo, o que vamos produzir cada um vai utilizá-lo no quadro da formação de seus próprios profissionais e de suas próprias equipes, pois nós não temos neste projeto, como sempre ocorre, uma colaboração europeia, mas é verdade que já ultrapassamos um marco, o que vale dizer, temos certeza de que cada um de nós utilizará o resultado do outro, o que é já um avanço significativo, este é o primeiro ponto.

O segundo ponto é esta energia que se expandiu a partir de uns e de outros, esta riqueza de hemisférios diferentes, nos demos conta e alguns dos exercícios que foram produzidos ontem nos levaram a estimar que tínhamos, apesar de nossas diferenças, de nossas exportações, de nossos posicionamentos, geraram (os exercícios) uma espécie de espaço de pensamento prospectivo, que este espaço de reflexão prospectiva. Tem o mérito de cair em boa hora, já que cada um dentro de nossos sistemas, seja da saúde, seja social, já que estamos com as agências regionais, mas os sistemas são internacionais.

Observem qual é o desafio que está além do que nós vamos fazer, cada um de nós, ao levar a efeito a formação, o que em si é fácil, o desafio é como este consórcio pode perdurar, se enriquecer, isto é, nós não temos vocação para ficar sós e devemos também nos juntar, talvez a outros atores de nosso universo, porém a atores de uma, de outra esfera e se nós quisermos construir uma espécie de esquema, de desenvolvimento durável, de nossa sociedade, de uma sociedade que repouse sobre a simetria, sobre o equilíbrio, sobre as equidades de uma maneira global, é preciso que nós incorporemos à questão da saúde e do trabalho social.

Cabe aos nossos parceiros do mundo econômico, também para que efetivamente sejamos, o que chamamos na França dentro de nossa reflexão, um enfoque integrado da ação sanitária e social, isto é, a construção de todo um tecido de respostas possíveis que venham apoiar a problemática individual das pessoas em condição de fragilidade.

Mas este consórcio, tal como o vejo evoluir, em relação ao que pode chegar a ser um assunto na França, em nível nacional, eu digo para mim mesmo, que mediante esta riqueza de atores, esta diferença, esta diversidade, existe aí, ou a possibilidade para o consórcio de se tornar uma espécie de laboratório permanente de inovação dentro da prática dos profissionais, ou senão uma espécie de *think tank*, também porque temos posturas e um pouco de responsabilidade de sermos um ator, permitindo ao poder público, político, quer se trate de comunas, de departamentos, de regiões ou de certas decisões dos estados sobre a organização da política social, de se tornar uma espécie de reservatório de ideias e por isso eu utilizo a palavra *think tank*, mesmo que efetivamente ela seja, possa permitir de se contaminar um pouco, mas eu acho que este consórcio tem esta vocação de ...poder perdurar, eu acho que será necessário que ele se enriqueça, senão haverá o risco de nós mesmos reproduzirmos um sistema fechado, isto é, nós partimos de uma lógica que era de se abrir, em todo caso, de falar às claras, como um elemento forte de todas as nossas reflexões, o risco é que se nós não produzirmos senão esta abertura contra nós, em tudo que fazemos, nós teríamos a argila entre nós, mas ficaríamos no nosso próprio âmbito.

Portanto, eu penso que é preciso que chegue o momento em que venhamos percutir outras atividades, outros domínios que não o nosso e que venhamos a ouvir o que o resto da sociedade tem a dizer sobre o acompanhamento social e o acompanhamento sanitário e que de repente isto possa se tornar uma espécie de laboratório de inovação permanente, ou então e porque não, um reservatório de ideias de transposição política.

Interface - Você tem alguma coisa que queira falar, fatos sobre o trabalho, sobre as relações com os parceiros...

Xavier Baylac - Trabalhando com o outro, nós descobrimos passo a passo uma marcha, *pari passu* com nossas dificuldades, porque o projeto, esta espécie de construção por etapas, cada etapa, ao mesmo tempo que ela produz, ela corresponde também a uma espécie de parto, o que faz a concertação é que tudo aquilo que foi necessário mexermos, tudo aquilo que foi necessário ... revisitarmos as certezas, alterando nossas linhas, ou seja, em algum lugar as nossa defesas naturais como 'eu estou praticamente seguro de mim, eu conheço minha profissão', mas foi preciso se dizer 'ah, talvez, talvez eu soubesse das coisas, mas talvez seja preciso que eu as adapte'.

Por conseguinte este processo nos leva num momento determinado a atravessar momentos complexos de fadiga, de cansaço, três horas para chegar a definir um calendário, no fim de três horas... o esforço, a vontade de lhe dizer, eu vou talvez matar o parceiro... Se não o fazemos, é porque já estamos efetivamente muito apegados a... uma ambição que é de se dizer que é preciso poder produzir a mudança dos profissionais, em virtude do risco, sim, de gerar estados de fratura ainda maiores, mas isto funciona também, porque na relação humana, na relação de nossas humanidades respectivas, por meio desses processos, nós também vamos gerar espaços de crescimento e prazer e é isto que faz o projeto, isto é, que nós mesmos somos talvez os primeiros atores a testar as metas, antes mesmo dos profissionais em formação, os pré-profissionais em seu campo. Nós somos os primeiros a aceitar, a ter que aceitar esta alteração, esta espécie de movimento de nossas próprias linhas e com

efeito, eu, que tenho que fazer um esforço, eu vou fazê-lo, mas é verdade que ela (a marcha) chegou, eu tenho um pequeno prazer, eu penso que eu vou suportar mais facilmente os golpes.

Palavras-chave: Sistemas de saúde e proteção social. Cuidado. Agentes de saúde. Formação. Projeto Kilt.

Keywords: Health Systems and social protection. Healthcare. Health workers. Education. Kilt Project.

Palabras clave: Sistemas de salud y protección social. Atención. Trabajadores de salud. Formación. Proyecto Kilt.

Recebido em 28/04/15. Aprovado em 28/04/15.



Rose N, Abi-Rached JM. *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind*. Princeton: Princeton University Press; 2013.

Sérgio Resende Carvalho^{*(a)}

Que tipo de seres pensamos que somos? Esta pode ser uma questão filosófica. Em parte, é, mas está longe de ser abstrata. Ela está no cerne das filosofias nas quais vivemos. Ela está no centro do modo como: nós criamos nossas crianças, fazemos funcionar nossas escolas, organizamos nossas políticas sociais, gerimos nossos assuntos econômicos, tratamos aqueles que cometeram crimes ou a quem julgamos doentes mentais, e, talvez, até mesmo, como nós valorizamos a beleza na arte e na vida. Ela tem a ver com as maneiras como entendemos nossos próprios sentimentos e desejos, narramos nossas biografias, pensamos sobre nossos futuros, e formulamos nossa ética¹ (p. 1) (tradução nossa).

Este pano de fundo e esta questão, presentes nas investigações genealógicas, sobre as disciplinas psi no século XX^{2,3} e sobre o governo das condutas e técnicas de autogestão⁴, de Nikolai Rose – aclamado sociologista britânico coordenador do *Bios Centre* na *London School of Economics* até 2012, e, atualmente, chefe do departamento *Social Sciences Health and Medicine* do *King's College* de Londres, segue sendo objeto de

interesse do autor nos anos 2000, quando passa a se dedicar aos estudos sobre o desenvolvimento da biologia, genômica, biotecnologia e da neurociência no contemporâneo.

No livro "*Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*"¹, escrito em parceria com Abi-Rached – doutorando em História da Ciências em Harvard –, Rose dá seguimento aos estudos sobre a emergência das 'Políticas da Vida, em si'^{5,6} nos dias atuais; nesta obra, na qual os autores cartografam a emergência da perspectiva neuromolecular do cérebro, argumenta-se que

As ciências do cérebro estão influenciando nosso entendimento do comportamento humano como nunca antes, da neuropsiquiatria e neuroeconomia da neuroteologia e neuroestética. Muitos acreditam agora que o cérebro é o que nos faz humanos, e parece que os neurocientistas estão prestes a se tornarem os novos expertos da gestão da conduta humana.¹ (contracapa)

Os autores descrevem e refletem, no livro, a crescente presença e a influência da neurociência em nossas vidas, averiguável pela contínua, e

* Texto produzido durante pós-doutorado realizado no King's College of London (2013-2015), sob os auspícios da Capes.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
Rua Tessália Vieira de Camargo, nº 126, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. sresende@fcm.unicamp.br

inovadora, expansão do consumo do produtos psicofarmacêuticos e a expansão exponencial dos investimentos do setor na bioeconomia, contando com o apoio dos governos de distintos países. Detalham com minúcias como, a partir dos anos 1990, denominada, por Bush, a 'década do cérebro'¹ (p. 5), se multiplicam publicações acadêmicas e matérias jornalísticas sobre este campo de saberes e de prática; e temas afins às neurociências passam a fazer parte da cultura e do imaginário social dos cidadãos dos países avançados. É neste contexto que os autores se perguntam:

O que faremos de tudo isto? Como veio acontecer que no espaço de meio século, as neurociências tenham se tornado tal repositório de esperança e expectativa? Como elas emergiram do laboratório e da clínica, e não apenas entraram na cultura popular, mas se tornaram viáveis e passíveis de serem utilizadas nas práticas de governo? E com quais consequências? Nós sabemos que existem ligações estreitas entre as maneiras com que os seres humanos são compreendidos pelas autoridades e os modos pelas quais eles são governados...¹ (p. 7)

E, indo além, indagam se a nossa natureza humana estaria sendo moldada pelas estruturas e funções cerebrais – à semelhança do que teriam representado os conceitos psicológicos sobre o homem no século XX – e se os neurocientistas estariam se tornando os novos 'engenheiros da alma humana – à semelhança e, até mesmo, como substitutos, dos expertos 'psi' do século passado.

Para responder a estas questões, os autores buscam desenvolver uma interlocução mais produtiva com a neurociência, que vá além do comentário e da crítica, reconhecendo que esta última tem mostrado, mesmo que de maneira hesitante, aberturas e interesse em dialogar com o campo das Ciências Sociais e Humanas.

É com este espírito crítico que nós pretendemos descrever os novos modos de se pensar a natureza do cérebro humano e o papel dos mesmos junto ao problemas humanos que estão tomando forma, que nós pretendemos considerar os problemas em torno dos quais eles se formaram e

as condições técnicas e conceituais que tornaram possível pensar nestas novas maneiras, e analisar os modos pelos quais estes desenvolvimentos se vincularam com a invenção de novas tecnologias para intervir sobre os seres humanos – governando condutas através do cérebro, e em nome do cérebro.¹ (p. 8)

A partir deste posicionamento, os autores nos convidam a des(res)construir nossas perspectivas sobre a identidade neurobiológica, preconizando que a potência das neurociências – ou, pelo menos, parte de um campo que tem múltiplas significações – para a produção de uma vida melhor se deve a desenvolvimentos recentes que vêm demonstrando que o cérebro é permeável, e influenciável, às intervenções do meio interior e exterior, uma vez que:

Embora seja verdade que parte importante da neurociência apresente uma fotografia de um cérebro isolado e individualizado, uma imagem alternativa está também tomando forma. Nesta imagem, o cérebro humano se desenvolve em direção à sociabilidade, para a capacidade e necessidade de viver em grupos, para a capacidade de compreender e responder aos estados mentais dos outros: os cérebros humanos são tanto moldados pela, e moldam, a sociabilidade. No momento em que vários aspectos da sociabilidade são atribuídos aos cérebros humanos, a autoimagem neurobiológica não pode mais ser simplesmente criticada como individual e associada.¹ (p. 22)

Estes achados e este estilo de pensamento – modos de pensar, enxergar e de intervir na vida – não reducionista e determinista da neurociência se traduziriam, entre outras consequências, por um fato absolutamente relevante que Rose discute em suas obras^{1,5,6}: a (neuro)biologia não é, hoje, um destino, mas um território de oportunidades.

É neste território que as psiquiatrias, em especial nos países economicamente desenvolvidos, têm procurado, muitas vezes, se atualizar, buscando, para isto, incorporar *insights* genéticos e neurobiológicos a sua prática. E, indo além,

Parece que para entender o que está ocorrendo quando as pessoas se engajam em interações sociais com o outro, quando eles sentem empatia ou hostilidade, quando eles desejam produtos e comprar bens, quando eles obedecem regras ou violam leis, quando eles são afetados pela pobreza e pelo abuso das crianças, quando eles são violentos com os outros ou consigo mesmo, e até mesmo quando eles se apaixonam ou são movidos pelas obras de arte, devemos nos voltar para o cérebro.¹ (p. 7)

Este e outros fenômenos são analisados de forma detalhada e meticulosa nos sete capítulos, acrescidos da conclusão e de quarenta páginas de anotações e subsídios ao texto principal. Trata-se de um estudo histórico sobre as principais linhas de pesquisas e métodos neurocientíficos, desenvolvidos a partir dos anos 1960, em que se busca refletir sobre o *status quo* técnico e científico das mesmas, potenciais e limitações, procurando situá-las no interior do emergente estilo de pensamento neuromolecular nas sociedades 'desenvolvidas', correlacionando-as com a clínica, educação, justiça e as políticas econômicas e sociais. Privilegia-se, também, um diálogo com o discurso 'neurofilosófico' cada vez mais presente na mídia popular – jornais, televisão, rádio, marketing etc.

Nos quatro primeiros capítulos, abordam uma ampla gama de temas, desde a formação interdisciplinar da neurociência nos anos 1960s (capítulo 1), à cultura de visualização por imagens deste campo (capítulo 2) e à descrição e crítica da utilização ampla do modelo animal de investigação neurocientífica (capítulo 3).

No capítulo quatro, os autores examinam questões atinentes: à classificação diagnóstica em psiquiatria, ao 'fardo' da epidemia das doenças mentais e do uso (e abuso) no consumo de psicofármacos nos dias atuais, e a saga das promessas neurobiológicas referentes ao diagnóstico, tratamento e prevenção – biomarcadores, *screening* etc. – das doenças mentais. Discutem, ainda, os desapontamentos daqueles que vêm buscando consolidar a psiquiatria biológica com os resultados alcançados, mas, também, as esperanças no potencial das investigações neuropsiquiátricas, que, no entanto, alertam Rose e Abi-Rached,

têm um longo caminho a percorrer no desenvolvimento de um estilo de pensamento adequado à complexidade de seu objeto, quando este objeto é a enfermidade que padece um ser humano vivendo em um mundo social.¹ (p. 139)... Na raiz, o projeto neurobiológico na psiquiatria encontra seus limites em um fato simples e frequentemente repetido: desordens mentais são problemas de pessoas, não do cérebro. Desordens mentais não são problemas dos cérebros nos laboratórios, mas de seres humanos no tempo, espaço, cultura, e história.¹ (p. 140)

Os capítulos 5, 6 e 7 têm como foco, respectivamente, a problemáticas do 'cérebro social', do 'cérebro antissocial' e da 'personalidade na idade neurobiológica'. Entre outros tópicos que são aprofundados nesta segunda parte do livro, os autores discutem, no capítulo 5, a emergência da 'neurociência social' a partir dos anos 1990; no capítulo 6, as relações entre cérebro, crime, diagnóstico e prevenção de comportamentos de risco e/ou antissociais.

No capítulo 7, os autores descrevem e debatem diversas abordagens sobre o papel das neurociências, e nela, do cérebro na produção de nossas identidades, argumentando, ao final, que o entendimento neurocientífico emergente sobre a individualidade não parece que será capaz de negar o nosso entendimento de nós mesmos como pessoas que têm um mundo interior que possui uma relação causal com nossas ações. Entendem, diferentemente, que à dimensão psi observamos, nos dias de hoje, o acréscimo de uma dimensão neurobiológica como um componente importante na constituição da nossa identidade¹.

Leitura essencial para aqueles que, no interior da neurociência, queiram ter um entendimento crítico e atualizado dos avanços, desafios e limitações no desenvolvimento da neurociência nos países avançados, constitui, também, uma instigante reflexão e, em certo sentido, uma 'provocação' – para os estudiosos da área das Ciências Sociais e Humanas. Referendando nossa análise, destacamos, no curto espaço que o 'resumo' nos permite, alguns temas – e insights – presentes no livro que, com certeza, são de grande interesse para o público brasileiro.

Descobrimos, na leitura, que a neurociência apresenta múltiplas facetas. Entre estas,

destaca-se aquela que é objeto (e constructo) de uma literatura popular, e, também, científica, altamente influente e que é responsável pela percepção que muitos têm deste campo de conhecimento e práticas. Esta formulação, muitas vezes, opera com imagens simplificadoras do campo e divulgam e estimulam esperanças que quase sempre não resistem à prova do tempo. Esperanças que realizadas, ou não, não deixam de cumprir um papel importante na conformação daquilo que pensamos que somos, sendo estimuladas pelo, e estimulando, o funcionamento do complexo bioeconômico.

No livro, os autores vinculam, com propriedade, o desenvolvimento das intervenções neurocientíficas a questões ético-políticas mais abrangentes a partir de um entendimento de que 'descobertas' científicas são movidas por valores sociais, respondem a necessidades sociais e necessitam de sustentabilidade institucional e financeira para se efetivarem, uma vez que, afirmam, os autores

Se você acredita como nós acreditamos que é difícil fazer as coisas se tornarem verdade na ciência e de que, hoje, entre outras necessidades para tornar as coisas verdadeiras encontram-se os recursos para possibilitar que a investigação se desenvolva – então as decisões públicas, privadas, e dos organismos de mercado sobre que área da pesquisa financiar, e as frequentemente desconhecido entrelaçamento de promessas, esperanças, previsões, expectativas, e especulações que estão envolvidas, desempenham um papel central na conformação de nossos regimes contemporâneos de verdade sobre as pessoas e suas vidas mentais.¹ (p. 20)

Nesta linha de raciocínio, encontramos, no livro, uma análise – de especial interesse para a área de Ciências & Tecnologia em Saúde – sobre as relações entre universidade, pesquisa e o financiamento privado. Consideram que, na nova 'vida científica' dos países avançados, é difícil separar os componentes acadêmicos e industriais da neuroeconomia, que se caracteriza pelo espírito empresarial por parte de pesquisadores e universidades, a busca pela propriedade intelectual e uma retórica de transferência rápida de conhecimento¹. Os autores observam, inclusive, que esta parceria tem sido um elemento

central às estratégias de importantes agências de fomento de pesquisa no Reino Unido, tais como o 'Medical Research Council'.

Embora evitando pré-julgamentos em relação à rede de relações que se tece entre os interesses de sucesso acadêmico, a esperança de curas por parte de familiares e pacientes, as expectativas de ganhos econômicos por parte dos cientistas e empresas, consideram bastante problemáticas algumas tendências e desenvolvimentos observáveis nos países desenvolvidos¹. Argumentam que a intensa capitalização do conhecimento científico tem produzido alguns incentivos preocupantes que incluem

a possibilidade de uma 'captura corporativa', na qual universidades, departamentos, e centros de pesquisa são significativamente financiados por companhias comerciais que adquirem direitos prioritários sobre as patentes e a comercialização das descobertas realizadas.¹ (p. 20)

Ilustram esta preocupação detalhando, entre outros exemplos, o polêmico papel da indústria farmacêutica na conformação de políticas e estratégias das instituições acadêmicas e na conformação do saber e da prática psiquiátrica. Argumentam que investigações importantes que necessitam de muito tempo para se desenvolverem carecem, muitas vezes, de recursos, uma vez que passam a ser priorizados cientistas que atendam aos interesses empresariais de resultados aplicáveis a curto prazo. Esta situação tem levado, muitas vezes, à divulgação inapropriada e apressada de resultados de pesquisas e à comercialização de produtos e bens que nem sempre se orientam pelas necessidades e interesses dos usuários e que não atendem aos preceitos éticos da pesquisa.

Julgamos, ainda, que o livro traz uma contribuição importante para avançarmos no nosso entendimento sobre 'que tipo de pessoas pensamos que somos' hoje. De maneira consistente e sistemática, logra demonstrar o importante papel da neurociência no governo das condutas dos homens no contemporâneo, na qual, em nome do bem-estar de todos, somos estimulados a assumirmos uma função ativa na conformação da sociedade. Esta função se efetua por meio de uma constante autoanálise de nós mesmos e do aprendizado de técnicas

que nos permitam viver uma vida socialmente responsável⁴. Uma vez mais, afirmam os autores,

agora em uma forma neural, somos obrigados a assumir a responsabilidade por nossa biologia, por gerenciar nossos cérebro com o objetivo de dar sustentação às responsabilidades da liberdade.¹ (p. 23)

Sem deixarmos de nos explicar pelos mecanismos psi que nos constituem^{2,3}, nos enxergamos cada vez mais como 'sujeitos somáticos'. Estas transformações, nas quais a neurociência ocupa papel de destaque, ocorrem no interior de mudanças sociopolítico-culturais das últimas décadas, no qual parece observamos

a expansão de uma 'ética somática' na qual muitos seres humanos vieram a identificar e interpretar muito de desconforto em termos da saúde, vitalidade, ou morbidade de seus corpos, e a julgar e agir sobre o seu soma em suas tentativas de tornar-se não apenas fisicamente melhores mas também para se tornarem pessoas melhores.¹ (p. 22)

Finalizamos esta resenha destacando, no trabalho, a singular perspectiva crítica com que os autores trabalham o material da pesquisa, no qual buscam evitar um posicionamento 'ideológico' *a priori* sobre a problemática investigada. Esta 'neutralidade' e 'amizade crítica' destes cientistas sociais não os impedem de aprofundar a análise e apontar, com 'radicalidade', insuficiências ou questões não respondidas da neurociência. Possibilitam aos autores, por outro lado,

manterem-se afastados de duas notórias armadilhas que muitos escritores das ciências

sociais e humanas têm caído ao lidarem com assuntos neuronais: duras críticas, mas pouco informadas, desdobradas do interior de correntes humanistas tradicionais e política da esquerda por um lado, ou uma adoção acrítica – e igualmente mal informada – por autodeclarados neuro-entusiastas do outro lado.⁷ (p. 1)

Concluimos esta resenha compartilhando, com Rose e Abi-Rached, a ideia de que as Ciências Humanas e Sociais nada têm a temer com o diálogo, cuidadoso e crítico, com a neurobiologia, em suas tentativas de entender e explicar o comportamento humano. Mais do que isto, consideramos importante que os investigadores das humanas busquem, com suas ferramentas conceituais e práticas, contribuir para o desenvolvimento de uma neurociência pautada por uma ética comprometida com a defesa de uma vida potente, por meio de engajamento e constituição de parceria transdisciplinares. Esta parceria, propõe Rose em artigo recém publicado, pode se constituir em uma oportunidade singular de uma necessária revitalização das ciências sociais nos dias atuais⁸.

Entendemos, finalmente, que as contribuições e reflexões sobre distintos temas que este livro nos traz podem constituir um aporte substancial para aprofundarmos o projeto da Saúde Coletiva no Brasil – com impactos sobre o Sistema único de Saúde – e, não menos importante, para a abertura de outras possibilidades de diálogos acadêmicos em ambientes onde ainda impera uma postura de desconfiança, e, muitas vezes, de grande 'inimizade' entre aqueles que se dedicam às disciplinas vinculadas ao campo das Humanas e das Ciências Naturais.

Referências

1. Rose N, Abi-Rache JM. Neuro: the new brain sciences and the management of the mind. Princeton: Princeton University Press; 2013.
2. Rose N. Governing the soul: shaping of the private self. 2nd ed. London: Free Association Books; 1999.
3. Rose N. Inventing our selves: psychology, power, and personhood. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
4. Nikolas N. Powers of freedom reframing political thought. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
5. Nikolas N. Politics of life itself biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2007.
6. Nikolas N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.
7. Slavy J. Review of Nikolas Rose, Joelle M. Abi-Rached. 'Neuro: the new brain sciences and the management of the mind. Ber Wissenschaftsgesch. 2014; 37:1-3.
8. Rose N. The human sciences in a biological age. Theor Cult Soc. 2013; 30(1):3-34.

Recebido em 03/03/15. Aprovado em 16/04/15.

A sexualidade de adolescentes em escola itinerante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Norte do Paraná, Brasil

Sexuality of adolescents in itinerant school of Landless Rural Workers Movement in the North of Paraná State, Brazil

La sexualidad de los adolescentes en la escuela itinerante del Movimiento de Los Trabajadores Rurales Sin Tierra en el Norte de Paraná, Brasil

A manifestação da sexualidade durante a adolescência não se restringe somente aos fenômenos pubertários, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Uma vez que a sexualidade na adolescência é um processo de construção social, histórica e cultural, interiorizado por meio: da familiarização de representações, de valores, afetos, inter-relacionamentos, papéis de gênero, rituais de interação, de passagem e de práticas, presentes na noção de cultura sexual de cada sociedade, que irão contribuir para construção e expressão da sexualidade das diversas "adolescências".

Tais premissas foram fundamentais para a definição do objetivo da pesquisa, que foi conhecer a sexualidade dos adolescentes de uma escola itinerante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), e constatar as representações sociais emergentes deste contexto.

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como suporte metodológico a Teoria das Representações Sociais, desenvolvido entre os meses de fevereiro e setembro de 2012, em uma escola itinerante situada em um município ao Norte do Estado do Paraná, que abrigava educandos de dois acampamentos do MST.

A pesquisa contou com a participação de 18 adolescentes, regularmente matriculados na escola e que se enquadravam no recorte etário do estudo (12 a 18 anos), sendo dez meninos, e oito meninas. Para a coleta de dados, utilizaram-se

três técnicas: entrevista, observação participante e grupo focal, o que possibilitou desvendar as representações e contradições entre as normas, regras e as práticas vividas cotidianamente pelos adolescentes.

Os resultados foram sistematizados e apresentados mediante a construção de uma figura, na qual se observou que, sobre o Núcleo Central sexualidade, integraram-se quatro Núcleos Figurativos, que reproduziram, visivelmente, o complexo de ideias e símbolos emergentes sobre: práticas sexuais; conceitos de sexualidade; comportamento afetivo-sexual e agentes de informações em sexualidade. Por sua vez, os núcleos figurativos evidenciaram que o universo rural e a inserção no MST atribuem, aos adolescentes, especificidades, pois a construção da sexualidade é marcada por: interferências das concepções históricas da "família patriarcal", assimetrias de gênero, disciplinarizações normativas sobre o comportamento afetivo-sexual e para o saber sobre sexualidade, condições impostas pela família, escola e setores da coordenação do acampamento, fato que imprime vulnerabilidades à saúde sexual dos adolescentes, de forma individual, social e programática.

Ficou evidente que o controle comportamental exercido sobre os adolescentes pouco contribui frente aos processos de vulnerabilização, pois, ao criarem estratégias para burlarem a opressão, tornam-se ainda mais vulneráveis ao assumirem

comportamentos de risco, como práticas sexuais desprotegidas.

Nesse sentido, o estudo demonstrou um paradoxo ideológico do MST, já que a luta por liberdade, democracia e direitos não se concretiza, efetivamente, quando o tema é sexualidade, trazendo à tona a necessidade de democratização do diálogo sobre a temática nos acampamentos investigados, a fim de garantir uma vivência saudável da sexualidade da adolescência do movimento. Incluíam-se a problematização, a ausência de ações e serviços dos Programas Federais, Estaduais e Municipais em saúde nos acampamentos.

Luiz Fabiano Zanatta

Dissertação (Mestrado), 2013
Programa de Pós-Graduação em Educação
e Saúde na Infância e na Adolescência,
Universidade Federal de São Paulo.
lfzanatta@uenp.edu.br

Palavras-chave: Sexualidade. Adolescência. MST.
Representações Sociais. Vulnerabilidade em Saúde.

Keywords: Sexuality. Adolescence. MST. Social
Representations. Health vulnerability.

Palabras clave: Sexualidad. Adolescencia. MST.
Representaciones Sociales. Vulnerabilidad en Salud.

Recebido em 19/11/14. Aprovado em 25/03/15.

O que pode um Agente Comunitário de Saúde? Processos de trabalho em Saúde Mental na Atenção Básica

What a Community Health Worker can do? Processes of work on Mental Health at the Primary Health Care

Lo que pode un Agente Comunitario de Salud? Procesos de Trabajo en Salud Mental en la Atención Básica

Trata-se de uma pesquisa *participante* cujo objeto de estudo é o *trabalho em Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde*, um dos atores envolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os objetivos da pesquisa são: captar e analisar o processo de trabalho em saúde mental dos ACSs (*finalidades, objeto e instrumentos*) de uma Unidade Básica de Saúde, a partir de sua própria voz; problematizar e compreender os pressupostos que fundamentam a ação de saúde mental dos ACSs; sistematizar e ampliar, por meio da Oficina de Trabalho, o conhecimento do grupo de ACS sobre o processo de trabalho em saúde mental no território, na perspectiva das diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O conceito de *práxis* foi eleito para se compreender e analisar o trabalho do ACS e sua prática em saúde mental. Cinco categorias emergiram das análises compartilhadas: Quem são as Agentes Comunitárias de Saúde; Formação e reconhecimento; O que consideram potenciais de fortalecimento e desgaste no trabalho; Gênero; e Processos de trabalho em Saúde Mental.

A escolha da Oficina de Trabalho como estratégia metodológica permitiu: a elaboração teórica e prática das potencialidades e limites do cotidiano do trabalho das ACSs, o intercâmbio de ideias, crenças e práticas sobre saúde. As cinco histórias das pessoas acompanhadas pelas ACSs (*processos de trabalho em saúde mental*) demonstram perda de poder contratual e empobrecimento das redes sociais das pessoas e famílias acompanhadas.

As *finalidades dos processos de trabalho* relacionam-se à recolocação das pessoas ou núcleos familiares (*objetos de trabalho*) na posição de cidadãos e sujeitos que devem participar da vida social. As concepções e intervenções (*instrumentos de trabalho*) que permeiam os cuidados estão associadas aos conceitos de desinstitucionalização, autonomia e reabilitação psicossocial (moradia e da troca de identidades). As ACSs reconhecem que as intervenções devem ser desenvolvidas por toda a equipe de forma integrada. A solidariedade aparece como um marcador importante das práticas dessas profissionais, podendo ser entendida como um perfil social da profissão.

O trabalho em saúde mental não apareceu dissociado das práticas dessas agentes, e possui forte relação tanto com uma *práxis* reiterativa quanto com uma *práxis* criativa. Ao mesmo tempo em que pautam seu trabalho por normas e diretrizes, o *objeto de trabalho em saúde mental* (a pessoa no seu contexto de vida) parece invocar uma *práxis* criativa. Grande parte do sofrimento dessas trabalhadoras aparece associado à falta do reconhecimento profissional, o qual associam à falta de acesso à formação técnica.

Evidencia-se a complexidade do trabalho dessas Agentes na medida em que lidam com uma realidade dura, produto de uma estrutura social excludente, em que representam o Estado na garantia de direitos para a população atendida. Elas ficam num lugar entre as carências diversas da população e a falta de respostas efetivas para

transformar a condição de saúde das famílias que atendem. Mesmo assim foi possível verificar que o trabalho dessas Agentes possui grande potência de transformação das realidades.

Fabiana Santos Lucena

Dissertação (Mestrado), 2013
Programa Cuidados em Saúde, Escola de Enfermagem,
Universidade de São Paulo.
fabianaslucena@gmail.com

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Atenção Básica. Saúde Mental. Programa Saúde da Família. Processo de Trabalho. Enfermagem.

Keywords: Community Health Worker. Primary Health Care. Mental Health. Family Health Program.

Palabras clave: Agente Comunitario de Salud. Atención Primaria de Salud. Estrategia de Salud Familiar. Salud Mental.

Texto na íntegra disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11082014-103212/en.php>

Recebido em 19/01/15. Aprovado em 25/03/15.

Significados dos pais sobre o filho usuário de crack e outras drogas: uma abordagem fenomenológica

Experiences of parents with children addicted to crack and other drugs: a fenomenological approach

Significados de los padres sobre el hijo usuario de crack y otras drogas: un abordaje fenomenológico

O processo de reestruturação da política de saúde mental tem como meta fortalecer os modelos de base comunitária, orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica. Esse movimento tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como favorecer o acesso da população que necessita de acompanhamento, incluindo a abordagem aos usuários de álcool, crack e outras drogas no que tange à prevenção, ao tratamento e a reabilitação.

Trata-se de um problema de saúde pública com ampla magnitude e diversas questões envolvidas. O consumo de drogas ilícitas vem aumentando em todos os segmentos sociais, sobretudo entre as crianças e os adolescentes, sendo o impacto, em nível individual e familiar, imensurável. Nesse contexto, o trabalho objetivou compreender as experiências e as vivências dos pais sobre o filho usuário de crack e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a fenomenologia como corrente de análise.

As entrevistas foram realizadas com os pais e responsáveis de crianças e adolescentes usuárias de crack e outras drogas, acompanhadas no Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMi) do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Após assinatura do TCLE, as entrevistas foram gravadas e guiadas pela

seguinte questão norteadora: “*Como é para você ter um filho que faz uso de drogas?*”. Foi utilizado o critério de saturação para determinar o número de participantes e o fim da coleta.

Esse momento foi caracterizado pela repetição das falas, fato ocorrido na 11ª entrevista. Os depoimentos foram analisados com fundamento em três momentos propostos por Martins e Bicudo (1989): a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. Inicialmente, após a leitura exaustiva das unidades de significados, foi possível a elaboração de 19 temas de análise que confluíram para a construção de três categorias de análise, que vem desvelar o fenômeno relacionado ao significado dado pelos pais ao uso de drogas pelo filho: 1) Percepções e críticas às ações do poder público no enfrentamento do uso/abuso de drogas; 2) Sentimentos e percepções de familiares em relação à rede de apoio, cuidado e tratamento; 3) Compreendendo as repercussões do uso de drogas por crianças e adolescentes dentro das famílias.

A realização da pesquisa possibilitou ampliar o conhecimento sobre os significados e as dificuldades enfrentadas pelas famílias que possuem um filho (criança ou adolescente) usuário de crack e outras drogas, além de

fornecer subsídios para o planejamento, a implementação e a melhoria da qualidade da assistência dos serviços que realizam o atendimento individual e coletivo.

Bruno David Henriques

Tese (Doutorado), 2014

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
bruno.david@ufv.br

Palavras-chave: Cocaína crack. Família. Relações familiares. Pesquisa qualitativa.

Keywords: Crack Cocaine. Family Relations. Qualitative Research.

Palabras clave: Cocaína Crack. Relaciones familiares. Investigación cualitativa.

Texto na íntegra disponível em:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-9PHK6M/tese_vers_o_final_pdf.pdf?sequence=1

Recebido em 07/04/15. Aprovado em 23/04/15.

Consumo de crack entre mulheres em situação de vulnerabilidade na Região Metropolitana de Santos: um estudo qualitativo sobre o fenômeno

Crack use among women in vulnerable situations in the Metropolitan Area of Santos: a qualitative study on the phenomenon

Consumo de crack entre las mujeres en situación de vulnerabilidad en la zona metropolitana de Santos: un estudio cualitativo sobre el fenómeno

O estudo buscou compreender as especificidades do uso de crack entre mulheres em situação de vulnerabilidade, entendendo esse uso como uma escolha pessoal e um reflexo das relações estabelecidas por essas mulheres com a sociedade. Essa população tem como característica ser de difícil acesso, e isto interfere diretamente na construção, foco, financiamento e monitoramento das políticas públicas direcionadas a essa população.

Trata-se de um estudo qualitativo conduzido na Região Metropolitana de Santos, entre março e dezembro de 2012. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise. Os relatos foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo.

Foram realizadas 14 entrevistas, cujos resultados foram apresentados a partir da divisão em quatro núcleos temáticos: “vínculos afetivos e rede social”; “atividades e comportamentos desenvolvidos para responder à necessidade da droga”; “histórico de uso, formas e padrão de consumo, histórico de problemas emocionais e psiquiátricos, e tratamento para dependência química”; e “estigma, autoimagem, autocuidado e acesso à saúde”.

No núcleo temático “vínculos afetivos e rede social”, designou-se discutir os fatores que podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade das mulheres usuárias de crack, bem como

relativizar a influência de alguns papéis sociais e situações presentes na vida delas e no seu consumo de crack. Buscou-se, também, compreender a dinâmica de suas famílias, resgatar históricos de vitimização, assim como a rede social na qual elas se inserem.

Em relação às “atividades e comportamentos desenvolvidos para responder à necessidade da droga”, foram apresentadas diversas atividades e comportamentos para obtenção do crack, sendo algumas mais comuns na cultura de uso de crack, e outras, avaliadas com forte moralismo pelas participantes.

Quanto ao “histórico de uso, formas e padrão de consumo, histórico de problemas emocionais e psiquiátricos, e tratamento para dependência química”, exploraram-se os aspectos concernentes ao histórico de uso de drogas, assim como as formas e o padrão de uso, a fissura e a abstinência. Ademais, investigou-se o histórico de problemas emocionais e psiquiátricos e o tratamento desses, assim como a ocorrência de tratamento para a dependência química.

No que diz respeito ao “estigma, autoimagem, autocuidado e acesso à saúde”, compilaram-se fatores que, direta ou indiretamente, interferem no acesso à saúde dessas mulheres. Além disso, foram considerados: o estigma que as rotula, a imagem depreciativa que estas mulheres têm delas mesmas decorrente desse estigma, o autocuidado prejudicado que pode estar se refletindo na autoimagem. Nesse sentido,

pode-se sugerir a existência de influência de um ou do conjunto desses fatores na busca por cuidados à saúde, assim como para o tratamento específico da dependência química.

Sugere-se que as iniquidades de gênero e as relações familiares deveriam, certamente, ser consideradas na prevenção e no tratamento da dependência química, especificamente no consumo de crack entre mulheres.

Destaca-se a necessidade de adoção de condutas sob a perspectiva dos direitos humanos em vez de um viés moralista e repressor, a fim de possibilitar o exercício da autonomia desses sujeitos e garantir-lhes tratamento, independente da escolha pela abstinência ou não-abstinência.

Fernanda de Souza Ramiro

Dissertação Mestrado (2014)

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo.

fernandaramiro@hotmail.com

Palavras-chave: Cocaína crack. Mulheres. Vulnerabilidade. Identidade de gênero.

Keywords: Crack cocaine. Women. Health vulnerability. Gender identity.

Palabras clave: Cocaína crack. Mujeres. Vulnerabilidad. Identidad de género.

Recebido em 13/01/15. Aprovado em 14/06/15.

O modo de vida do idoso ribeirinho amazônico em imagens e linguajar cultural*

Rodolfo Gomes do Nascimento^(a)

Ronald de Oliveira Cardoso^(b)

Zeneide Nazaré Lima dos Santos^(c)

Denise da Silva Pinto^(d)

Celina Maria Colino Magalhães^(e)



Rabeta^(f) cortando um dos inúmeros furos do rio Tocantins. Ilha de Mutuacá, Cametá, Pará, Brasil, 2015.

* Financiado pela Capes. Todos os registros fotográficos e textos desta seção são de autoria de Rodolfo Gomes do Nascimento e Ronald de Oliveira Cardoso.

^(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará. Rua Augusto Corrêa, 1, Campus Universitário do Guamá. Belém, PA, Brasil. 66075-110. rodogm@hotmail.com

^(b) Pós-graduando, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Saúde da Família, Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil. ronald.cardoso01@hotmail.com

^(c) Terapeuta Ocupacional. Belém, PA, Brasil. zeneidelima_to@yahoo.com.br

^(d) Curso de Fisioterapia, Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil. denisefisio23@yahoo.com.br

^(e) Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém, PA, Brasil. celinaufpa@gmail.com

Por onde o rio vergou^(g) para conhecer os efeitos do tempo...

O embarque fascinante nessa produção foi motivado pela pesquisa de doutorado intitulada “Síndrome de Fragilidade em idosos de comunidades ribeirinhas amazônicas”, do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, da Universidade Federal do Pará. Foi uma viagem desafiadora pela realidade cotidiana de um povo que, por vezes, os igarapés, furos e labirintos de rios “escondem”. Um oportuno encontro com uma identidade cultural rica, no intuito de revelar o idoso amazônico e seu modo de ser e viver às margens dos rios.

No mês de janeiro e julho de 2015, na intenção de se concretizar a inserção ecológica da pesquisa, percorremos longas estradas e um imenso rio até o município de Cametá, nordeste do estado do Pará, Brasil. A finalidade primordial era visitar algumas das distintas ilhas fluviais do município, e assim fizemos em duas localidades – Carapajó e Juaba. Já embarcados e acompanhando os cursos das “ruas d’água” formadas pelos rios amazônicos, visitamos sete ilhas, sendo elas: Tem-tem, Mutuacá, Mutuacá de Baixo, Mutuacá de Cima, Mutuacazinho, Gama e Mapeuá. Com o pano de fundo que deu forma a essa experiência já posto, finalmente, atracamos nossas “rabetas” de moradia em moradia onde vivem idosos tipicamente ribeirinhos.

A fotografia na nossa ilharg^(h) foi ponto de partida e também de chegada

O embarque fascinante nessa produção foi motivado pela pesquisa de doutorado intitulada “Síndrome de Fragilidade em idosos de comunidades ribeirinhas amazônicas”, do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, da Universidade Federal do Pará. Foi uma viagem desafiadora pela realidade cotidiana de um povo que, por vezes, os igarapés, furos e labirintos de rios “escondem”. Um oportuno encontro com uma identidade cultural rica, no intuito de revelar o idoso amazônico e seu modo de ser e viver às margens dos rios.

No mês de janeiro e julho de 2015, na intenção de se concretizar a inserção ecológica da pesquisa, percorremos longas estradas e um imenso rio até o município de Cametá, nordeste do estado do Pará, Brasil. A finalidade primordial era visitar algumas das distintas ilhas fluviais do município, e assim fizemos em duas localidades – Carapajó e Juaba. Já embarcados e acompanhando os cursos das “ruas d’água”.



Ambiente ribeirinho, Ilha de Mapeuá. Cametá, Pará, Brasil, 2015.

O caminho que estamos apontando aqui, em grande parte, é pouco conhecido. Sendo assim, nessa experiência, houve uma maior afeição pela composição dos registros fotográficos, que se constituiu como um dos pilares da pesquisa.

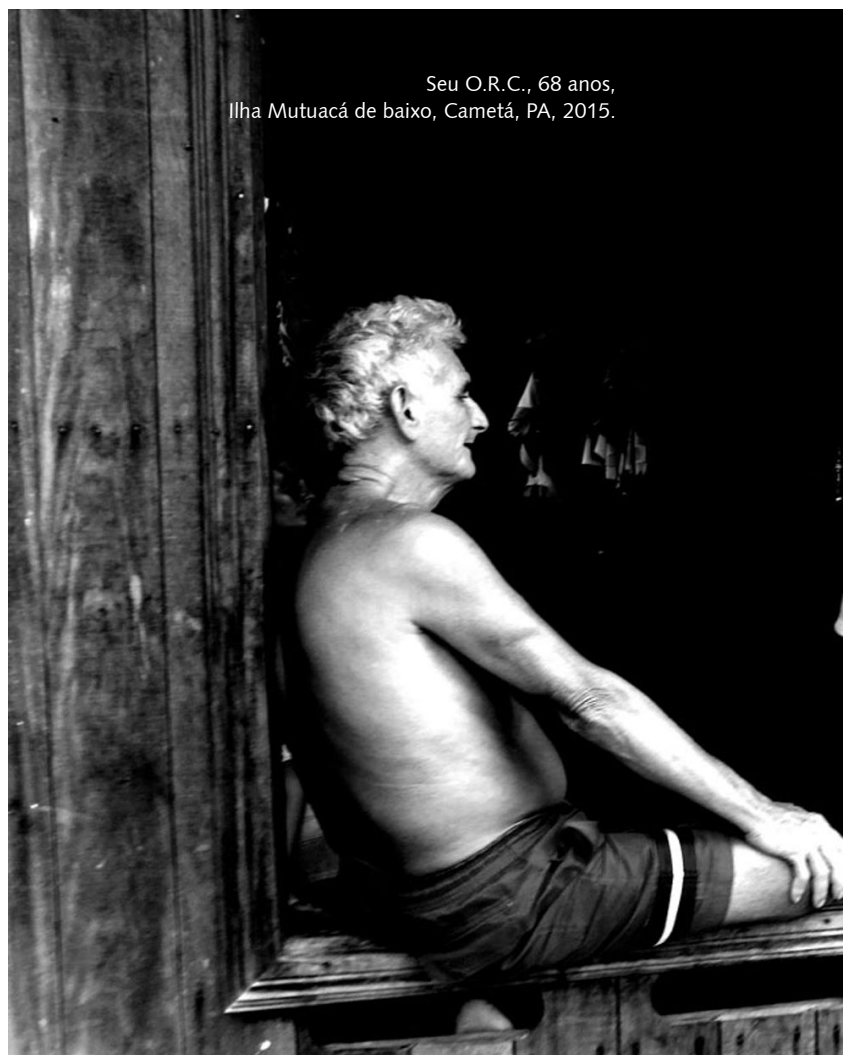
Captar o idoso ribeirinho amazônico em sua rotina, o ambiente construído por ele, a paisagem da natureza que o cerca, e, ainda, dialogar com sua percepção em imagens retratadas no cotidiano não foi uma tarefa simples. Desse modo, a fotografia apresentou-se como um inestimável recurso capaz de reproduzir sensivelmente a realidade deparada, subsidiando uma análise mais atenta e densa dos traços culturais “tradicionais” desses idosos. Cabe destacar que, considerando a complexidade do desafio, as interfaces reveladas neste manuscrito não contemplam a totalidade deste rico contexto, no entanto, foram suficientemente capazes de mover um olhar revelador dos costumes amazônicos e das vivências culturais próprias do idoso ribeirinho.

O corpo de imagens obtido durante a pesquisa foi construído pelos próprios pesquisadores. Envolvidos pela curiosidade que ali se despontava, adentraram no cotidiano daquelas pessoas, que, devagar, iam se entregando aos registros. Era assim, espontaneamente, que pretendia-se captar a essência de cada um deles, de cada expressão, de cada trejeito, registrando suas ações e os ambientes onde vivem, de forma plena, sua velhice. Nessa esteira, as ocasiões impuseram duplo desafio para preservar essa naturalização: capturar o realismo no momento oportuno, e, ao mesmo tempo, equilibrar os planos fotográficos em meio às tábuas de madeira, por vezes, das próprias palafitas, por vezes, das embarcações.

Com base nessa experiência vivenciada e também considerando os diálogos carregados de expressões linguísticas típicas e as representações físicas registradas em fotografias, foram produzidos textos poéticos como forma de representar e dar textura na realidade retratada.

Os frutos dessa inestimável experiência envolvem, aproximadamente, duzentos e cinquenta fotografias, depoimentos audiogravados e registros científicos que desvendam o cotidiano e caracterizam o ambiente físico e condições de moradia desses povos. A intenção é que, futuramente, também sejam publicizados em revistas científicas.

Por entre braços de rio, furos e igarapés também se envelhece, sumano⁽ⁱ⁾

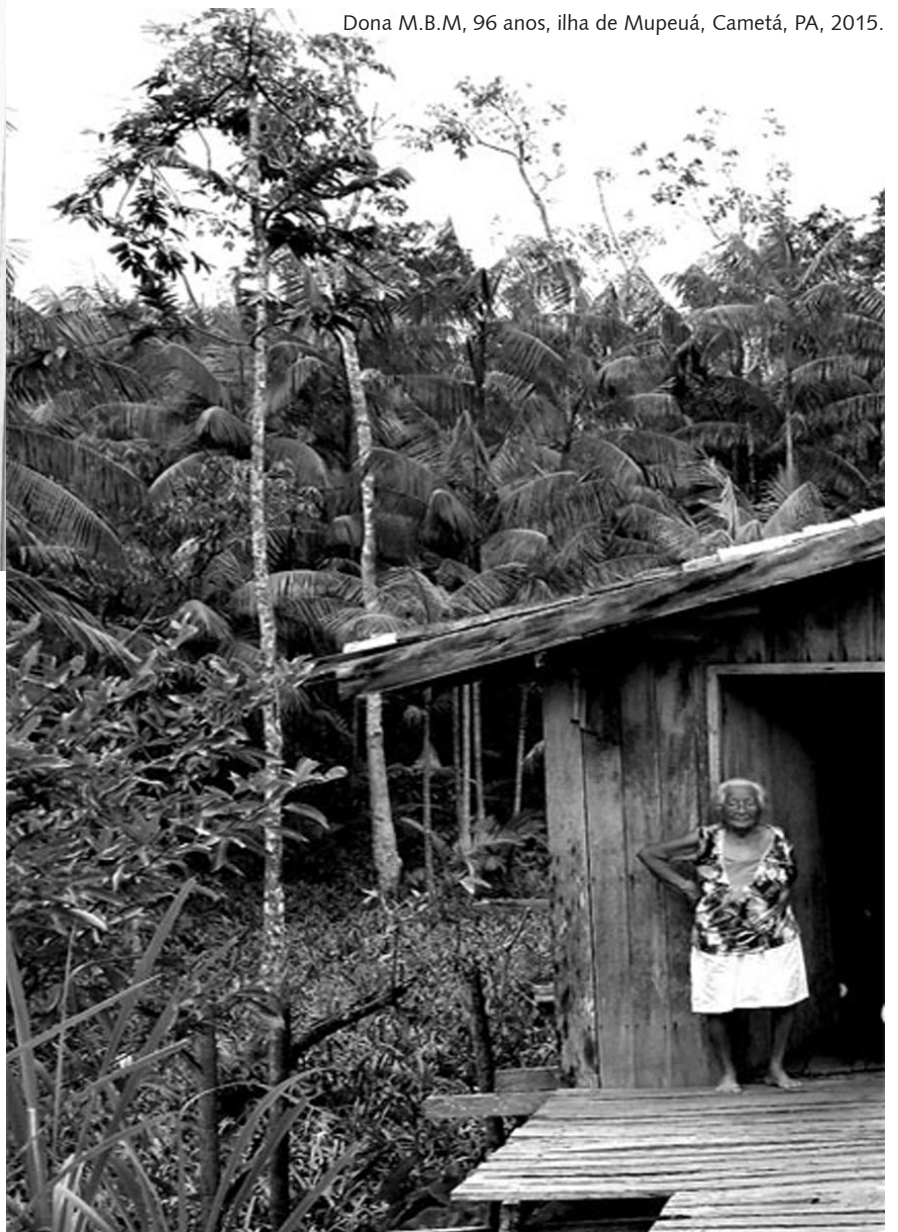


Seu O.R.C., 68 anos,
Ilha Mutuacá de baixo, Cametá, PA, 2015.

Dona M.G.M., 75 anos, Ilha Mutuacazinho, Cametá, PA, 2015.



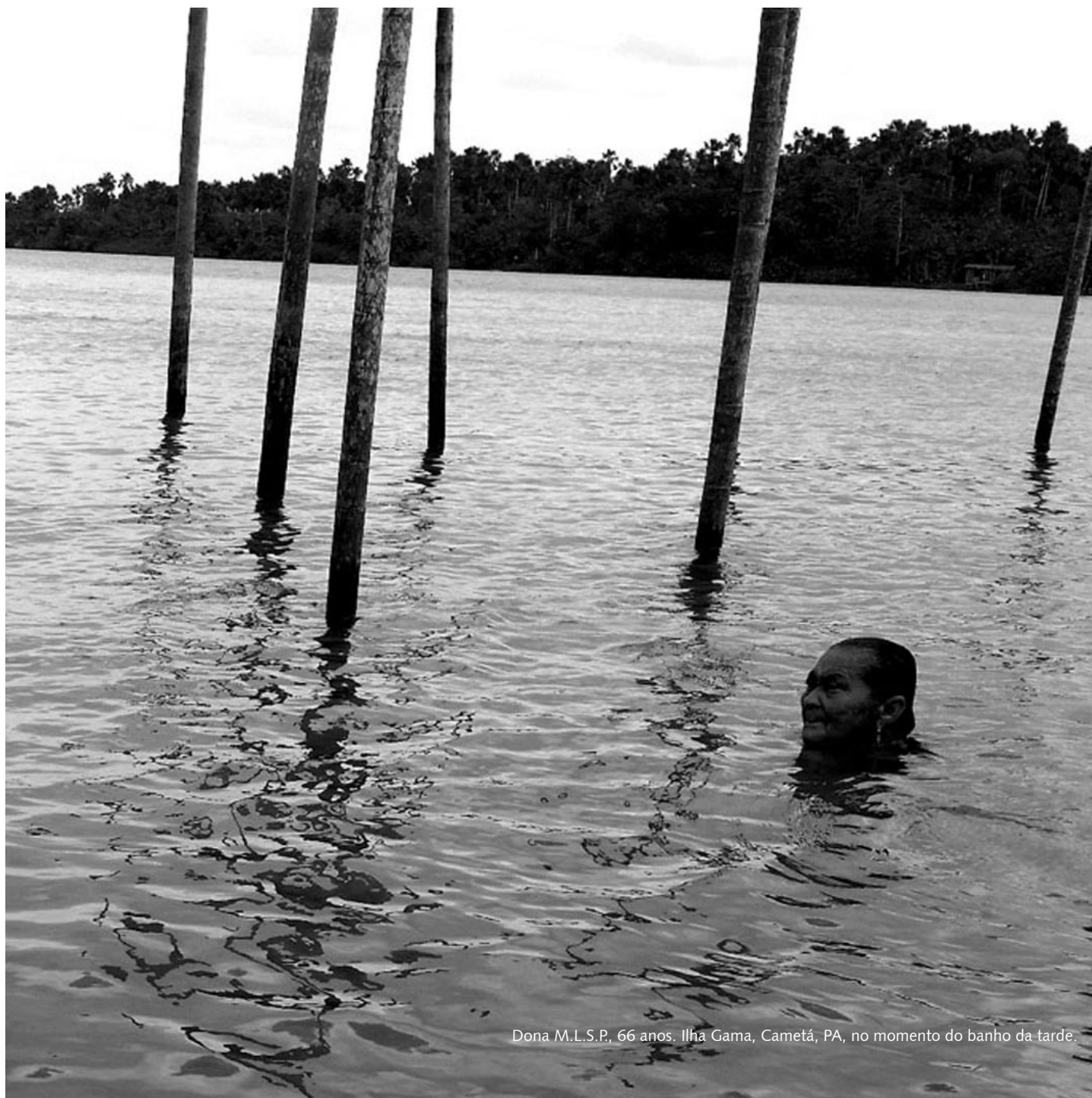
Dona M.B.M, 96 anos, ilha de Mupeuá, Cametá, PA, 2015.



criação

CRIAÇÃO

Diante da preocupação escancarada com o fenômeno do envelhecimento no mundo, precisamos conhecer e entender o que nos é peculiar, o que de singular sobrevém por entre nossos rios. É dito, claro e bem documentado, que existem inúmeras formas de se envelhecer, e a cultura é o que impulsiona toda essa diversidade. Bem, cultura, no sentido mais amplo do termo, não nos falta aqui na Amazônia, aliás, é exuberante, "sumano"! Então, o que há de revelar o envelhecer aqui à beirada⁰¹ do rio?



Dona M.L.S.P., 66 anos. Ilha Gama, Cametá, PA, no momento do banho da tarde.

Água turva que corre “rudiando”^(k) não é só de banhar



Seu J.R.F.C, 67 anos. Ilha Tem-tem, Cametá, PA, 2015.
Em pé no assoalho de madeira utilizado
para apoio durante o banho.

Quando jogo minha rede, esse rio que me alimenta;
Na enchente ou na vazante sou exímio navegante dessas águas tão barrentas,

Esse rio é minha estrada, meu chão e meu pão. Daqui que tiro meu sustento;
Fico só de bubuia^(l), deixo passar pelo corpo, arrebatam toda sujeira e até tormento,

De pé nesse assoalho, me equilíbrio até baixar toda essa quentura;
Nada me aperreia o pensamento, nem vazante, nem crescente, muito menos rachadura.

Que orgulho que me dá parente, nem vem que dessas águas não me retiro;
Esse rio que escoa e toma a gente, é tão rico e tentador que a ele ofereço até meu último suspiro.

“Na época eu ‘teve’ que trabalhar né, num cheguei a ir muito à escola”



Dona S.R.C., 65 anos. Mutuaca de cima, Cametá, PA, 2015. À esquerda sua impressão digital, a idosa não conseguia assinar seu próprio nome, portanto foi utilizada a assinatura a rogo.



Seu B.M.R, 75 anos. Ilha Mutuacazinho, Cametá, PA, no momento que consentia autorização para participação da pesquisa. Um dos poucos idosos que conseguiram assinar seu próprio nome completo.

Análogo ao rio que ali corre, a educação ribeirinha também já passou por vazantes^(m). Tempos em que “o mais sábio da comunidade ensinava até onde se esgotava o conhecimento e cessava o que a comunidade aprendia”; tempos em que o cartilhão⁽ⁿ⁾ era o simbolismo maior dos privilegiados que podiam ter acesso ao ensino nos dias em que a mão não se ocupava com a terra dos mais velhos. No decurso de ligeiros diálogos com os idosos e sensíveis trejeitos do assinar com o dedo, percebemos uma narrativa esperançosa. Parece mesmo que é tempo de subida dessas águas! Filhos e, sobretudo, netos já acessam com maior facilidade o ensino e a educação formal. É claro que ainda não alcançam níveis de cheias, mas a esperança que essas terras sejam inundadas pela educação infantil e de jovens e adultos é o que não falta a eles.

“A pessoa que tá com a idade grande né, pelo uma parte precisa de companhia”



Dona M.L.S.P, 66 anos; seu esposo, Seu P.A.P, 66 anos, e sua única neta. Ilha Gama, Cametá, PA, 2015.

Um dia fui pequena, virei moça e fui crescendo pra vida aproveitar
Hoje já com a idade grande, não tenho escolha, sigo a amadurar

Vivo aqui com a saudade dos meus filhos que a cidade foram conquistar
Trocaram a peconha⁽⁹⁾ por farda e maquiagem e não querem mais “vortar”

Nasci na beira do rio, pra aquelas bandas nunca quis morar
Preferi ficar aqui e do marido, netos e sirinbabos⁽⁹⁾ cuidar

Na minha casa junto a família toda pros causos⁽⁹⁾ contar
Graças a Deus tenho eles comigo, e é onde posso me apoiar.

A hora que eu “armoço”? Na hora do “armoço”, meu filho!”



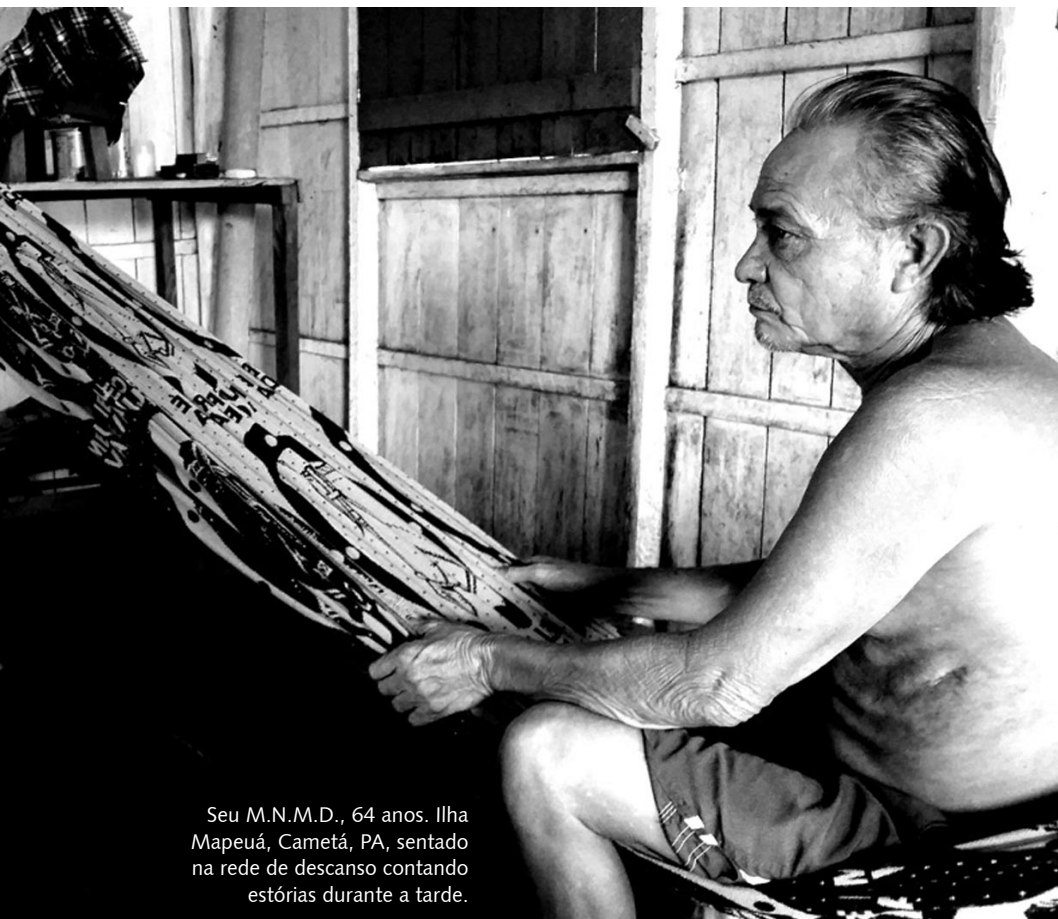
Em primeiro plano, Dona A.P.S., 75 anos. Ilha Mutuacazinho, Cametá, PA, no momento da chegada após coleta de açáí, cumprimentando um dos pesquisadores. Em sequência à direita, pescados e alguns matapis⁽⁹⁾. Por último, o que vai à mesa do idoso ribeirinho, camarão seco, farinha de mandioca e açáí. Cametá, PA, 2015.

Minha senhora vai raiar o dia
 Pula da rede e te joga água fria,
 Que hoje só tem a garantia da farinha,
 De umas duas tainha⁽⁹⁾ e o matapi pra tirar.
 Meu facão já tá limado, limpo e afiado
 Pro açáí da várzea arrastar.
 Se a colheita ter resultado
 Nós “vorta” do roçado
 Com uns três paneiros do lado
 Pra barriga alimentar.

“É na buca da nute^(t) que ato minha rede pra descansar”

Em primeiro plano seu F.M., 66 anos. Ilha Mutuacazinho, Cametá, PA, descansando na rede da sala durante o momento de entrevista para a pesquisa.





Seu M.N.M.D., 64 anos. Ilha Mapeuá, Cametá, PA, sentado na rede de descanso contando estórias durante a tarde.

Enraizado e vindo de uma realidade indígena, moldar o corpo numa rede espalhou-se nas comunidades ribeirinhas amazônicas. Nos lares, embala desde as brincadeiras das crianças até o descansar do velho corpo. Após o almoço é atar e tirar o cochilo sagrado. Após a novela da noite é parar o motor, desenrolar e deleitar-se. Hábito recorrente e enaltecido culturalmente, sem sombras de dúvidas, foi o que mais marcou a identidade desses idosos em nossas visitas. É palavra de ordem, seja atracada em ganchos, nos esteios ou suspensa cortando a sala. Pode até passar despercebida aos olhos comuns, porém, é tecido resistente que acomoda no seu fundo um complexo câmbio de valores, de gostos e costumes. Na maturidade, é método de descanso e ócio em meio a balanços intermitentes e prazerosos, até que o tempo leve.

- ① “Rabeta” - Tipo de barcos com motor e hélice traseira, usados em rios de pouca profundidade.
- ② “Vergou” - O mesmo que dobrou ou caiu.
- ③ “Ilharga” - Significa estar ao lado.
- ④ “Sumano” - Saudação típica cametaense, termo utilizado para cumprimentar com cordialidade o nativo.
- ⑤ “Beirada” - Significa “às margens de”.
- ⑥ “Rudiando” - O mesmo que “rodeando”, em volta de alguém ou de alguma coisa.
- ⑦ “Bubua” - termo utilizado para dizer de algo que está boiando na maré.
- ⑧ “Vazante” - Período descendente do rio.
- ⑨ “Cartilhão” - Material impresso em formato de livro usado como forma de alfabetização e letramento nas comunidades.
- ⑩ “Peconha” - Instrumento usado nos pés para escalar palmeiras, normalmente confeccionado com folhas do açazeiro.
- ⑪ “Sirimbabo” - Animais domésticos.
- ⑫ “Causos” - É uma história inventada ou verdadeira que pode ser contada de uma forma maior.
- ⑬ “Matapis” - Armadilha cilíndrica, confeccionada com tala de miriti, utilizada para capturar camarão nos rios da Amazônia.
- ⑭ “Tainha” - É o nome vulgar atribuído a uma espécie de peixes da região amazônica.
- ⑮ “Buca da nute” - Significa “boca da noite”. Expressão usada para se referir ao início da noite.

Colaboradores

O projeto e a idealização do manuscrito foram de responsabilidade do autor Rodolfo Gomes do Nascimento, junto ao autor Ronald de Oliveira Cardoso. Ambos trabalharam, igualmente, na construção do manuscrito e foram responsáveis pelos textos e pela composição do corpo de fotografias. As autoras Zeneide Nazaré Lima dos Santos, Denise da Silva Pinto e Celina Maria Colino Magalhães participaram da redação, revisão e edição final dos textos.

Esta produção tem o intuito de apresentar fotografias e textos, resultados de uma proposta de investigação sobre o ambiente e o cotidiano de idosos ribeirinhos amazônicos. Traz, na sua composição, elementos culturais típicos dessa região e peculiaridades próprias do processo de envelhecimento à margem dos rios.

Palavras-chave: Idoso. Ribeirinho. Amazônia. Cotidiano. Dialeto.

The lifestyle of Amazon's riverine elderly in images and cultural language

This production has the intent to present photos and texts, results of a research proposal about the environment and the daily life of Amazon's riverine elderly. Brings in its composition cultural elements typical of this region and own peculiarities of the aging process on the rivers' margin.

Keywords: Aged. Riverine. Amazon. Daily life. Dialect.

La vida cotidiana de los ancianos de la Amazonia ribereña en imágenes y lenguaje cultural

Su producción se destina para mostrar las fotos y textos, los resultados de un proyecto de investigación sobre el medio ambiente y la vida cotidiana de los ancianos de la Amazonia ribereña. Trae en su composición elementos culturales típicos de esta región y las particularidades del proceso de envejecimiento en los márgenes de los ríos.

Palabras clave: Ancianos. Ribereña. Amazonía. Cotidiano. Dialecto.

Recebido em 02/06/15. Aprovado em 26/08/15.

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo. A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema Scholar One Manuscripts. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Criação - textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

ENVIO DE MANUSCRITOS

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e submetidos somente a este periódico serão encaminhados para avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema.

Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 20 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé: identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Nota importante: ao fazer a submissão, o autor deverá explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição.

Em texto com dois autores ou mais também devem ser especificadas as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo.

O autor também deverá responder à seguinte pergunta: No que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

O autor pode indicar dois ou três avaliadores (do país ou exterior) que possam atuar no julgamento de seu trabalho. Se houver necessidade informe sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

- Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
- Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”¹

c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo à esquerda.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma triagem e pré-avaliação inicial, que inclui a identificação de pendências na documentação e sistema de busca por plágio. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores de área).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (link: COPE).

PROJECT AND EDITORIAL POLICY

INTERFACE - Communication, Health, Education publishes original analytical articles or essays, critical reviews and notes on research (unpublished texts); it also edits debates and interviews, in addition to publishing the abstracts of dissertations and theses, notes on events and subjects of interest. The editors reserve themselves the right to make changes and/or cuts in the material submitted to the journal, in order to adjust it to its standards, maintaining the style and content.

The manuscript submission is online, by the Scholar One Manuscripts system.
(<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

All papers submitted to Interface have to follow the instructions described below.

FORM AND PREPARATION OF MANUSCRIPTS

SECTIONS

Dossier - essays or thematic analytical articles, by invitation of the editors, resulting from original study and research (up to six thousand words).

Articles - analytical texts or reviews resulting from original theoretical or field research on themes that are of interest to the journal (up to six thousand words).

Debates - a set of texts on current and/or polemic themes proposed by the editors or by collaborators and debated by specialists, who expound their points of view. The editors are responsible for editing the final texts (original text: up to six thousand words; debate texts: up to one thousand words; reply: up to one thousand words).

Open page - preliminary research notes, polemic and/or current issues texts, description of experiences, or relevant information aired in the electronic media (up to five thousand words).

Interviews - testimonies of people whose life stories or professional achievements are relevant to the journal's scope (up to six thousand words).

Books - publications released in Brazil or abroad, in the form of critical reviews, comments, or an organized collage of fragments of the book (up to three thousand words).

Creation - Texts reflecting on topics of interest for the journal, at the interface with the fields of arts and culture, which in their presentation use formal iconographic, poetic, literary, musical or audiovisual resources, etc., so as to strengthen and give consistency to the discussion proposed.

Brief notes - comments on events, meetings and innovative research and projects (up to two thousand words).

Letters - comments on the journal and notes or opinions on subjects of interest to its readers (up to one thousand words).
Note: In case of counting the text words, the tables with text are included and the title, the abstract and the keywords are excluded.

SUBMITTING ORIGINALS

INTERFACE - Communication, Health, Education accepts material in Portuguese, Spanish and English for any of its sections. Only unpublished papers and submitted only to this journal will be accepted for evaluation. Translations of

texts published in another language will not be accepted. Submissions must be accompanied by an authorization for publication signed by all authors of the manuscript. The model for this document will be available for upload in the system.

Note: You must do the system registration in order to submit your manuscript. Go to the link

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

and follow the instructions. When you have finished the registration, click "Author Center" and begin the submission process.

The originals must be typed in Word or RTF, using Arial 12, respecting the maximum number of words defined per section of the Journal.

All originals submitted for publication must have an abstract and keywords relating to the topic (with the exception of Books, Brief notes and Letters).

The first page of the text must contain (in Portuguese, Spanish and English): the article's full title (up to 20 words), the abstract (up to 140 words) and up to five keywords.
Note: In case of counting the abstract's words, the title and the keywords are excluded.

Footnotes: These should be identified using lower-case superscript letters, in parentheses. They should be succinct and should only be used when necessary.

NOTE: during the submission process the author needs to indicate whether the text is unpublished, whether it was the result of a grant, whether it results from a master's thesis or doctoral dissertation, whether there are any conflicts of interest involved and, in case of research with humans, whether it was approved by an Ethics Committee in its field, specifying the process number.

In articles with two authors or more, the individual contributions to the preparation of the text must be specified. The author also must answer the following question: What your text adds to what has already been published in the national and international literature?

Please indicate two or three referees (from Brazil or abroad) who can evaluate your manuscript. If you consider necessary, inform about researchers with whom there may be conflicts of interest concerning your paper.

CITATIONS AND REFERENCES

The journal Interface adapts the Vancouver standard as the style to use for citations and references in manuscripts submitted.

CITATIONS IN THE TEXT

Citations should be numbered consecutively, according to the order in which they are presented in the text. They should be identified using Arabic numerals as superscripts.

Example:

According to Teixeira^{1,4,10-15}

Important note: Footnotes will now be identified by means of lower-case letters, as superscripts, in parentheses. They should be succinct and should only be used when necessary.

Specific cases of citations:

- a) Reference with more than two authors: in the body of the text, only the name of the first author should be cited, followed by the expression "et al."
- b) Literal citations: These should be inserted in the paragraph between quotation marks ("xx"). If the citation already came in quotation marks in the original text, replace them with single quotation marks ('xx').

Example:

"The 'Uniform Requirements' (Vancouver style) are largely based on the style standards of the American National Standards Institute (ANSI), adapted by the NLM."¹

- c) Literal citation of more than three lines: in a paragraph inset from the text (with a one-line space before and after it), with a 4 cm indentation on the left side.

Note: To indicate fragmentation of the citation use square brackets: [...] we found some flaws in the system [...] when we reread the manuscript, but nothing could be done [...].

Example:

This meeting has expanded and evolved into the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), and has established the Uniform Requirements for Manuscripts Presented to Biomedical Journals: the Vancouver Style².

REFERENCES

All the authors cited in the text should appear among the references listed at the end of the manuscript, in numerical order, following the general standards of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org>). The names of the journals should be abbreviated in accordance with the style used in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). The references should be aligned only with the left margin and, so as to identify the document, with single spacing and separated from each other by a double space. The punctuation should follow the international standards and should be uniform for all the references.

EXAMPLES:

BOOK

Author(s) of the book. Title of the book. Edition (number of the edition). City of publication: Publishing house; Year of publication.

Example:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

^{*} Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.

^{**} Without indicating the number of pages.

Note:

If the author is an entity:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

In the case of series and collections:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

BOOK CHAPTER

Author(s) of the chapter. Title of the chapter. In: name(s) of the author(s) or editor(s). Title of the book. Edition (number). City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page of the chapter.

Note:

If the author of the book is the same as the author of the chapter:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

If the author of the book is different from the author of the chapter:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galoti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

^{*} Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.

^{**} It is obligatory to indicate the first and last pages of the chapter, at the end of the reference.

ARTICLE IN JOURNAL

Author(s) of the article. Title of the article. Abbreviated title of the journal. Date of publication; volume (number/supplement): first-last page of the article.

Examples:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

^{*} Up to six authors, separated by commas, followed by "et al.", if this number is exceeded.

^{**} It is obligatory to indicate the first and last pages of the article, at the end of the reference.

DISSERTATION AND THESIS

Author. Title of study [type]. City (State): Institution where it was presented; year when study was defended.

Examples:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [thesis]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertation]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

STUDY PRESENTED AT SCIENTIFIC EVENT

Author(s) of the study. Title of the study presented. In: editor(s) responsible for the event (if applicable). Title of the event: Proceedings or Annals of ... title of the event; date of the event; city and country of the event. City of publication: Publishing house; Year of publication. First-last page.

Example:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brazil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [accessed Oct 30, 2013]. Available from: www.google.com.br

* When the study has been consulted online, mention the date of access (abbreviated month and day followed by comma, year) and the electronic address: Available from: <http://www.....>

LEGAL DOCUMENT

Title of the law (or bill of law, or code...), publication data (city and date of publication).

Examples:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* This follows the standards recommended in NBR 6023 of the Brazilian Technical Standards Association (Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT, 2002), with its graphical standard adapted to the Vancouver Style.

REVIEW

Author(s). Place: Publishing house, year. Review of: Author(s). Title of the study. Journal. Year; v(n):first-last page.

Example:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTICLE IN NEWSPAPER

Author of the article. Title of the article. Name of the newspaper. Date; Section: page (column).

Example:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

LETTER TO EDITOR

Author [letters]. Journal (City). Year; v(n.):first-last page.

Example:

Bagrichevsky M, Estevão A. [letters]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

PUBLISHED INTERVIEW

When the interview consists of questions and answers, the entry is always according to the interviewee.

Example:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview conducted by Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27. When the interviewer transcribes the interview, the entry is always according to the interviewer.

Example:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [interview with Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

ELECTRONIC DOCUMENT

Author(s). Title [Internet]. City of publication: Publishing house; date of publication [date of access with the expression "accessed"]. Address of the website with the expression "Available from:"

With page numbering:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [accessed Jun 20, 1999]; 40. Available from: <http://www.probe.br/science.html>

Without page numbering:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [accessed Aug 12, 2002]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* The authors should check whether the electronic addresses (URLs) cited in the text are still active.

Note:

If the reference includes the DOI, this should be maintained. Only in this case (when the citation was taken from SciELO, the DOI always comes with it; in other cases, not always).

Other examples can be found at

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILLUSTRATIONS: Images, figures and drawings must be created as TIFF or JPEG files. Minimum resolution: 300 dpi. Maximum size: 16 x 20 cm, with captions and font Arial 9. Tables and tower graphs can be created as Word files. Other kinds of graphs must be created in image programs (corel draw or photoshop).

Note: In the case of texts sent to the Creation section, images should be scanned at a minimum resolution of 300 dpi and be sent in jpeg or tiff format, with a minimum size of 9 x 12 cm and maximum of 18 x 21 cm.

Submissions must be made online at:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

ANALYSIS AND APPROVAL OF ORIGINALS

Every text will be submitted to a preliminary evaluation by the Editorial Board, that includes the identification of shortcomings in the documentation and search system for plagiarism. In case the reviewers have divergent opinions, the paper will be submitted to a third reviewer for arbitration. The final decision about the merit of the work is the responsibility of the Editorial Board (editors and area editors).

The texts are the responsibility of the authors and do not necessarily reflect the point of view of the publishers. All content in the approved paper, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution, type CC-BY. Reproduction only for non-commercial uses is permitted if the source is mentioned. See details in: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> Interface - Communication, Health, Education follows the principles of ethics in the publication contained in the Committee on Publication Ethics code conduct (link: COPE).

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alcindo Ferla, UFRGS
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alejandra López Gómez, Universidad de la Republica
Uruguai, Uruguai
Ana Lúcia Coelho Heckert, UFES
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Unesp
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma
Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de
Colombia, Colômbia
Charles Briggs, UCSD, USA
Cleoni Maria Barbosa Fernandes, PUCRS
Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Unesp
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Elisabeth Meloni Vieira, USP
Eunice Nakamura, Unifesp
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
George Dantas de Azevedo, UFRN
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva, UFRN
Graça Carapineiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
Jesús Arroyave, Universidade del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Carlos Libâneo, UCG
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Miguel Rasia, UFPr
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, USP
José Roque Junges, Unisinos
Karla Patrícia Cardoso Amorim, UFRN
Laura Macruz Feuerwerker, USP
Leandro Barbosa de Pinho, UFRGS
Leonor Graciela Natansohn, UFBA
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp

Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid,
Espanha
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguai, Uruguai
Luiz Fernando Dias Duarte, UFRJ
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBA
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima
Marcus Vinicius Machado de Almeida, UFRJ
Margareth Aparecida Santini de Almeida, Unesp
Margarida Maria da Silva Vieira, Universidade Católica
Portuguesa, Portugal
Maria Cecília de Souza Minayo, ENSP/Fiocruz
Maria Cristina Davini, OPAS, Argentina
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidad
Autónoma Metropolitana, México
Maria Elizabeth Barros de Barros, UFES
Maria Inês Baptistella Nemes, USP
Maria Isabel da Cunha, Unisinos
Maria Ligia Rangel Santos, UFBA
Maricela Perera Pérez, Universidad de la Habana, Cuba
Marilene de Castilho Sá, ENSP, Fiocruz
Maximiliano Lioi Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPB
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Richard Guy Parker, Columbia University, USA
Robert M. Anderson, University of Michigan, USA
Roberta Bivar Carneiro Campos, UFPE
Roberto Castro Pérez, Universidad Nacional Autónoma de
México, México
Roberto Passos Nogueira, IPEA
Roger Ruiz-Moral, Universidad Francisco de Vitoria, Espanha
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB
Rosana Teresa Onocko Campos, Unicamp
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Soraya Fleischer, UnB
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Túlio Batista Franco, UFF



APOIO/SPONSOR/APOYO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
e Tecnológico - CNPq
Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp
Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar -
Famesp
Instituto de Biociências de Botucatu/Unesp
Pró-Reitoria de Pesquisa/Unesp

INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN

- . Bibliografia Brasileira de Educação
<<http://www.inep.gov.br>>
- . CLASE - Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales
y Humanidades
<<http://www.dgbiblio.unam.mx>>
- . CCN - Catálogo Coletivo Nacional/IBICT
<<http://ccn.ibict.br>>
- . DOAJ - Directory of Open Access Journal
<<http://www.doaj.org>>
- . EBSCO Publishing's Electronic Databases
<<http://www.ebscohost.com>>
- . EMCare - <<http://www.info.embase.com/emcare>>
- . Google Academic - <<http://scholar.google.com.br>>
- . Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación
Educativa (Iresie)
<http://www.iisue.unam.mx/iresie/revistas_analizadas.php>
- . LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y
Portugal - <<http://www.latindex.unam.mx>>
- . LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências
da Saúde - <<http://www.bireme.org>>
- . Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<<http://www.csa.com.br>>
- . Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,
España y Portugal - <<http://redalyc.uaemex.mx/>>
- . SciELO Brasil/SciELO Social Sciences
<<http://www.scielo.br/icse>>
<<http://socialsciences.scielo.org/icse>>
- . SciELO Citation Index (Thomson Reuters)
<<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>>
- . SciELO Saúde Pública
<www.scielosp.org.br>
- . Social Planning/Policy & Development Abstracts
<<http://www.cabi.org>>
- . Scopus - <<http://info.scopus.com>>
- . SocINDEX - <[http://www.ebscohost.com/
biomedical-libraries/socindex](http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/socindex)>
- . CSA Sociological Abstracts - <<http://www.csa.com>>
- . CSA Social Services Abstracts - <<http://www.csa.com>>

TEXTO COMPLETO EM

- . <<http://www.scielo.br/icse>>
- . <<http://www.interface.org.br>>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/nº - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

INTERFACE

Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy

